

L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE
DE
L'ASSURANCE-VIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN DROIT

présentée et soutenue le 7 mars 1939, à 14 heures

PAR

Robert BOISSY

Licencié ès-lettres

Diplômé de l'Ecole des Sciences Politiques

MEMBRES DU JURY

Président.	MM. MAURICE PICARD, Professeur
Suffragants	CASSIN, Professeur
	AMIAUD, Professeur

PARIS

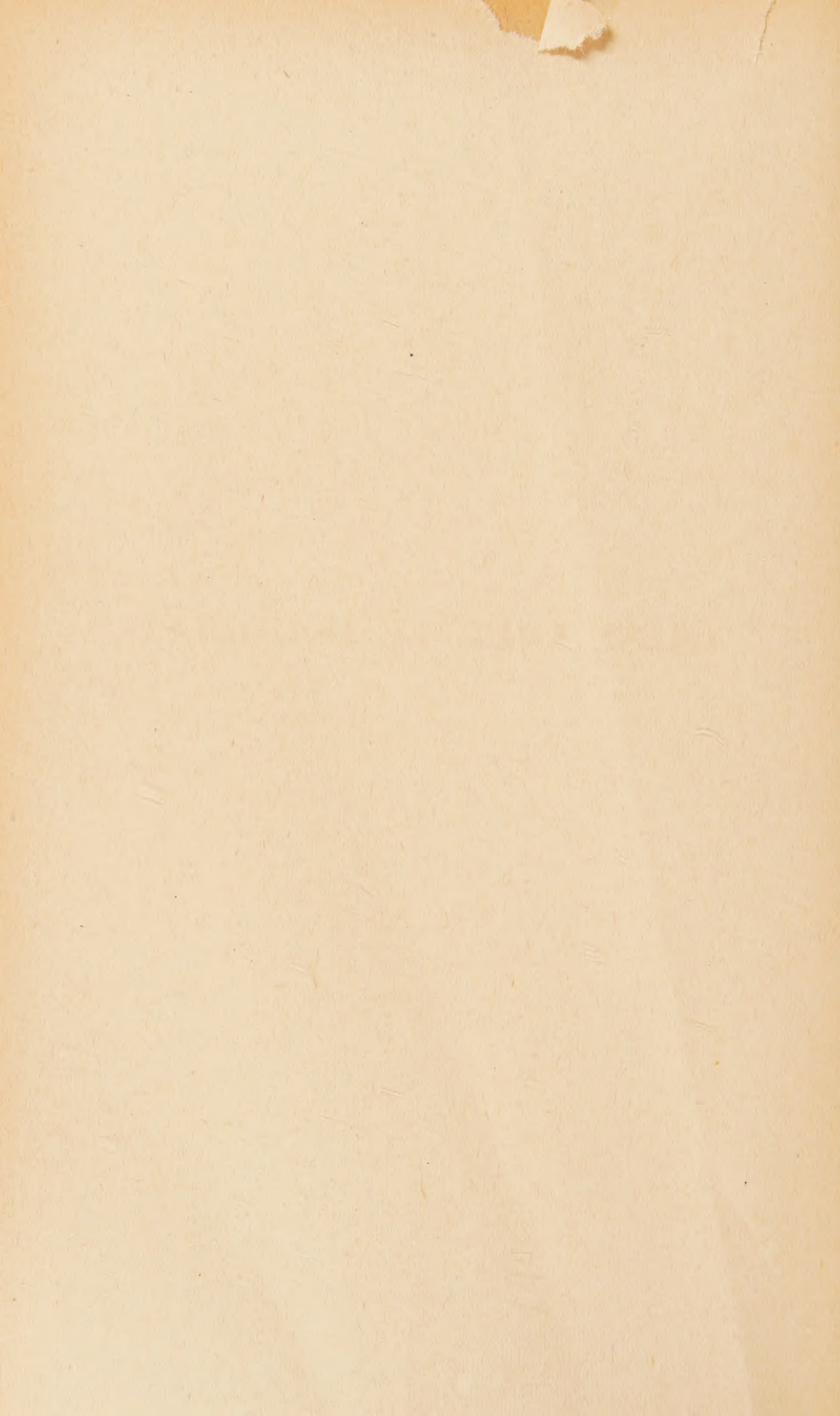
LIBRAIRIE GÉNÉRALE DE DROIT ET DE JURISPRUDENCE

Ancienne Librairie Chevalier-Maresq et C^{ie} et ancienne Librairie F. Pichon réunies

R. PICHON ET R. DURAND-AUZIAS, ADMINISTRATEURS

20, RUE SOUFFLOT (5^e ARR.)

1939



THÈSE POUR LE DOCTORAT

La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE
DE
L'ASSURANCE-VIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN DROIT

présentée et soutenue le 7 mars 1939, à 14 heures

PAR

Robert BOISSY

Licencié ès-lettres

Diplômé de l'Ecole des Sciences Politiques

MEMBRES DU JURY

Président.	MM. MAURICE PICARD, Professeur
Suffragants	CASSIN, Professeur
	AMIAUD, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE GÉNÉRALE DE DROIT ET DE JURISPRUDENCE

Ancienne Librairie Chevalier-Maresq et C^{ie} et ancienne Librairie F. Pichon réunies

R. PICHON ET R. DURAND-AUZIAS, ADMINISTRATEURS

20, RUE SOUFFLOT (5^e ARR^e)

1939



A mon Père.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PREMIÈRE PARTIE

HISTORIQUE DE L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE DE 1880 A NOS JOURS

CHAPITRE PREMIER

L'idée initiale qui a présidé à l'élaboration de l'Assurance Complémentaire.

SECTION I

L'INSUFFISANCE DU CONTRAT VIE

L'assurance sur la vie a apporté à la prévoyance, cette vertu intime de la plupart des hommes, de multiples et nouvelles possibilités avec une remarquable souplesse de moyens. Ainsi s'explique sa progression ininterrompue depuis plus d'un siècle. A chaque âge, pour chaque catégorie sociale, l'assurance sur la vie a donné au chef de famille une solution susceptible de lui permettre d'éviter aux siens, ou à lui-même, des jours soucieux. Opération utile pour celui que la fortune a favorisé, elle devient pour celui qui a charge d'âmes et qui ne peut compter que sur le revenu d'un labeur quotidien, un devoir d'autant plus impérieux que l'avenir lui paraîtra assombri par des difficultés économiques, sociales ou internationales de toutes sortes.

L'assurance sur la vie, sous toutes ses formes, et l'idée s'en impose un peu plus chaque jour, doit être considérée comme une nécessité vitale pour celui qui a la responsabilité d'une famille, cette « cellule sociale », qu'il faut absolument conserver et que nul collectivisme, plus ou moins diffus, ne saurait remplacer.

Prenons donc un chef de famille. Il s'assure sur la vie. Il a choisi la combinaison la plus appropriée à ses moyens, en général, une assurance mixte, c'est-à-dire une police lui garantissant un capital immédiatement versé à ses ayant-droits, s'il décède, exigible pour lui-même s'il est vivant au terme du contrat. Il s'est adressé à une compagnie qui lui offre une participation dans ses bénéfices, qu'il touchera chaque année ou qui sera capitalisée à son profit. Le capital et la prime sont fonction de ses gains annuels : il les augmentera, peut-être, les années suivantes. Enfin, il a adopté des paiements fractionnés qui n'excèdent à aucun moment ses disponibilités. Désormais, son esprit est libre : il sait que les siens seront protégés. Son travail en sera meilleur. L'avenir s'ouvre devant lui « comme un large champ qu'il pourra labourer joyeusement... »

On ne nous contredira pas si nous disons combien cette image d'homme que l'assurance-vie a rendu joyeux et libéré de soucis, a pu servir de thème aux propagandistes de la première heure.

Seulement on oubliait l'élément principal de l'édifice de prévoyance, la clé de voûte : la santé de l'assuré. Qu'il vienne à tomber malade, qu'un accident diminue sa capacité de travail ou même le condamne à un chômage forcé, et voilà le malheureux obligé de vivre et faire vivre les siens sur des économies improbables et, en tous cas, dans l'impossibilité de poursuivre le paiement de cette assurance dont il attendait la sécurité. Si son contrat a plus de trois ans, tout n'est pas absolu-

ment perdu : un capital réduit sera versé à son décès à ses ayant-droits. Ce capital réduit est sensiblement proportionnel au montant des primes payées par rapport aux primes exigibles : ainsi, s'il a assuré 50.000 francs par police de vingt ans, ses ayant-droits toucheront les $3/20^{\text{es}}$, soit 7.500 francs environ, à peine de quoi payer les derniers frais et les droits de succession. Peut-être même, aura-t-il eu besoin de cet argent pour couvrir le coût de sa maladie qui se prolonge : il rachètera son contrat. On lui offrira alors cette somme de 7.500 francs moins l'escompte des années restant à couvrir, environ 4.000 francs, somme inférieure au total des trois primes qu'il a versées. Si, gardant l'espoir tenace de guérir et de reprendre ses versements, il préfère emprunter sur son contrat, il lui sera prêté, au plus, 3.000 francs, à 6 ou 7 % d'intérêt. Que deviendront ces modiques sommes? Enfin, mettant les choses au pis, supposons que son contrat n'ait pas trois années d'existence, il perd alors absolument tout.

Certes, un assuré prévoyant l'est sur toute la ligne. L'assurance sur la vie n'est qu'une possibilité; en dehors d'elle, il a pu prévoir une épargne patiente qui l'aidera à franchir cette passe difficile. Mais, est-ce si aisé, quand les conditions de vie sont aussi onéreuses, d'économiser sur les dépenses quotidiennement nécessaires? Certains le peuvent, mais, nous l'avons dit tout à l'heure, pour eux, l'assurance-vie est une opération, une combinaison dont ils tirent profit plus qu'une nécessité. La catégorie intéressante, ce sont les assurés dont l'épargne annuelle d'une prime d'assurance représente un effort. Ce sont aussi ceux-ci qui doivent être protégés contre une invalidité accidentelle ou morbide qui détruira d'un seul coup le bel édifice de prévoyance patiemment construit par eux et pour eux.

SECTION II

LES PREOCCUPATIONS DU MONDE ASSUREUR
A LA FIN DU XIX^e SIECLE

Le dernier quart du XIX^e siècle, ce magnifique creuset où bouillonnèrent tant d'idées d'assurance et de prévoyance sociale, ne pouvait pas ignorer cette situation. Cette lacune apparut à beaucoup comme une large fissure dans le système de l'assurance sur la vie, à laquelle il fallait remédier le plus vite possible. « Ce n'est pas la vie de l'être humain qui est un capital », écrivait Georges de Serbonnes, dans le *Moniteur des Assurances* en 1881, « c'est sa *capacité de travail* » (lui-même soulignait). Puis, après avoir passé en revue les arguments que nous venons d'analyser, il concluait que l'assurance sur la vie est une « assurance incomplète », terme qu'il remplaçait d'ailleurs, dans l'article suivant, par « assurance insuffisante ». Car l'assurance sur la vie n'est pas incomplète dans l'objet qu'elle spécifie, dans l'éventualité du décès, elle est insuffisante dans l'objet plus étendu qu'on voudrait lui attribuer, celui de réparer le dommage causé par la destruction prématurée du capital travail de l'être humain.

A première vue, une solution pouvait apparaître dans le domaine de l'assurance-accidents. Il existait déjà une combinaison d'assurance, dont il sera parlé plus loin, laquelle prévoyait une police d'assurance individuelle accolée à une assurance sur la vie. Cette solution, critiquable à plusieurs chefs, était cependant un progrès, mais l'assurance individuelle ne couvrant que les accidents « provenant d'une cause violente, extérieure et involontaire » restreignait si fortement les cas d'incapacité que, comme l'écrivait Francisque Sarcey, dans le

XIX^e Siècle : « L'assurance sur la vie, telle qu'elle est formulée, est incomplète; l'assurance contre les accidents l'est de même; on ne les complètera pas plus en les joignant l'une à l'autre qu'on ne ferait avec deux manchots un homme pourvu de ses deux bras ! »

Cette boutade fut, peut-être, à l'origine de l'étude sérieuse que l'on entreprit alors pour construire un système d'assurance qui répondît au double objet de la vie et de la capacité de travail.

Contre les trois agents destructeurs du capital santé : vieillesse, maladie, accident, des organisations sociales se formèrent avec des fortunes diverses, avec des résultats souvent très médiocres à l'origine, mais que l'évolution incessante des institutions sociales devait affermir, en les centralisant et en tirant de leur expérience quelques principes directeurs d'assurance et d'assistance, dont se sont inspirées la plupart de nos dispositions législatives actuelles, dans ce domaine.

L'assurance contre la vieillesse ne reçut un premier élan que par la loi du 5 avril 1910 sur les retraites ouvrières et paysannes. Auparavant, en effet, les institutions patronales, caisses syndicales, sociétés de secours mutuels, n'avaient atteint que des résultats insignifiants. (En 1910 il y avait 459 caisses de retraites qui versaient à leurs 41.470 pensionnaires une moyenne de 127 fr. 73 par personne et par an.) Encore cette loi, se heurtant à l'indifférence des organisations professionnelles, donna-t-elle peu de résultats. La grande guerre troubla l'application du système comme d'ailleurs la hausse du coût de la vie. Il fallut la loi sur les assurances sociales de 1928 pour voir apparaître un régime, imparfait sans doute, mais plus cohérent de par son caractère obligatoire et tripartite. Cette question déborde d'ailleurs le cadre de notre étude et nous n'y insisterons pas.

L'assurance contre la maladie connut de moins brillants débuts encore. Les Sociétés de secours mutuels, seuls organismes qui la pratiquaient à titre d'assurance sociale, ne recevant que d'infimes cotisations, procuraient trop peu pour paraître intéressants à beaucoup. A vrai dire, l'assurance sociale contre la maladie n'existait réellement que pour des travailleurs privilégiés : mineurs (loi du 29 juin 1894) ; inscrits maritimes (loi du 9 décembre 1905, qui organisa l'assurance obligatoire auprès de la Caisse de Prévoyance des Marins Français). A titre d'assurance privée, l'assurance-maladie fut tentée à plusieurs reprises (Caisse des Familles en 1882 ; Caisse Médicale en 1887...), mais ne rencontra aucun succès (Faillite de l'« Assurance Maladie » en 1889).

Restait l'assurance contre les accidents, qui se développa après 1880. Mais, sans parler de l'assurance dite « collective », qui avait été introduite vingt ans auparavant par la Préservatrice Mutuelle, et qui était à la fois une assurance garantissant des indemnités forfaitaires aux ouvriers victimes d'accidents du travail et une assurance responsabilité pour le patron, combinaison qui fut le premier échelon de l'assurance contre les accidents du travail organisée définitivement par la loi du 9 avril 1898 et qui donna des résultats appréciables, les assurances contre les accidents dans le domaine du droit commun ne firent, malgré tout, que d'assez lents progrès.

Au moment donc où le monde assureur exprime ses desiderata, il n'y a, pour chercher à les satisfaire, que l'assurance-accidents, peu évoluée encore, mais prête à tenter l'effort nécessaire. Et certaines compagnies, suivant en cela la doctrine, les auteurs qui se penchent sur les problèmes de l'assurance avec l'ardeur de sociologues sincères, mettent sur pied de nouveaux plans, destinés

certes à attirer la clientèle assurable, mais aussi à combler les lacunes que ceux-là leur signalent. Il ne faut pas oublier, en effet, que les préoccupations commerciales, certaines sans doute, cèdent souvent devant le rôle social que de nombreux pionniers de l'assurance assument avec foi. Les tentatives sont hardies. Elles n'ont, et pour cause, que peu de bases scientifiques, mais l'esprit qui les domine est digne d'admiration. Tous ceux qui doivent aujourd'hui leur pain ou leur sécurité à l'assurance ne peuvent qu'être reconnaissants aux hommes de la première heure qui, à une époque où la publicité facile et rémunératrice n'existait pas, aidèrent audacieusement au progrès social, au nom du principe nouveau qui les animait, et qui, se heurtant souvent à l'obstruction et à l'incompréhension d'un public rétif aux entités de l'assurance, ne se découragèrent point.

L'Assurance Complémentaire est née de cet esprit.

CHAPITRE II

L'élaboration de l'Assurance Complémentaire.

SECTION I

LES PREMIERES INITIATIVES

Les premiers organismes de caractère mutualiste qui établirent entre leurs membres des liens de secours mutuels sont assez pittoresques. Ce furent, en général, des associations de travailleurs, mineurs particulièrement, ou des confraternités religieuses. Ainsi, les anciennes caisses minières allemandes, les Knappschaften, et les Brüderladen d'Autriche, accordaient déjà au XVIII^e siècle une pension en cas d'incapacité permanente de travail ⁽¹⁾. Les « Friendly Societies », en Angleterre, reconnues par le Parlement en 1793, ont leur origine dans des corporations médiévales, comme celle de la Vierge Marie, par exemple, qui, dès 1357, donnait à ses membres une indemnité hebdomadaire de 7 pence en cas d'invalidité temporaire ou permanente résultant de maladie, d'accident, de cécité ou de surdité. En commentant le rapport de A.-G. Finlaison sur l'activité de ces « Friendly Societies », de 1846 à 1850, J.-A. Higham écrivait :

« Insurance Companies will confer another boon on

(1) M. CASTELLANI. Sulla frequenza dell' invalidità. Rome, 1935.

men who, in common with their families depend on their professional exertions when, on sufficient data they can afford the means of providing against permanent sickness — the only ill, legitimately within their province, against which they do not afford protection. The man who has insured his life, or contracted for an endowment or annuity yet differed, and who is disqualified by sickness from continuing his premiums, and even from maintaining himself, is in sad case, and to this case we can at present apply no remedy » (1). C'était proposer d'inclure le risque invalidité dans l'assurance, mais cette proposition implicite resta théorique.

La première police comprenant l'Assurance Complémentaire invalidité fut émise par une compagnie allemande en 1876, imitée l'année suivante par une compagnie américaine.

En France, les préoccupations si justifiées du monde assureur devait trouver un premier apaisement dans un contrat émis par la Compagnie Aigle-Vie en 1881. Le procédé, cependant, était assez primitif. Il s'agissait, pour l'assuré, de renoncer à la participation aux bénéfices que lui accordait la compagnie, et de recevoir en échange une police de la Compagnie le Soleil-Accidents, qui lui donnait droit :

1° En cas d'incapacité permanente, à un capital déterminé;

2° En cas de décès accidentel, à un capital égal à celui déjà garanti par l'Aigle-Vie.

Mais à cette époque, la participation aux bénéfices en assurance-vie n'était garantie qu'avec une majoration de tarif, généralement de 10 %. C'était le cas à Aigle-Vie. Il en résultait que la combinaison n'offrait

(1) Cf Disability benefits in life.

aucun avantage à l'assuré qui pouvait arriver au même résultat en économisant ces 10 % et en les utilisant pour payer une prime d'assurance individuelle. De plus, et c'était l'objection la plus grave, la définition de l'accident était celle de cette assurance et ne visait donc que l'accident, en excluant la maladie. Cette police, simple juxtaposition, laissait donc de côté le risque le plus dangereux.

Quelques compagnies, comme la Caisse Générale des Familles et la Métropole, comblèrent cette lacune et introduisirent l'assurance contre les maladies. Mais ce n'était qu'un premier pas et, en 1885, la Compagnie l'Urbaine réalisa un progrès très net en émettant une police complémentaire qui peut être considérée comme la première police de ce type. Elle rencontra un accueil chaleureux, sinon du public, du moins des assureurs. Nous l'étudierons plus loin en détail; elle contient, en effet, les principes directeurs, fruits d'une étude approfondie, et tels que ce qui a été fait plus tard, dans ce domaine, en découle directement. Nous n'en voulons pour preuve que les déboires des compagnies françaises et surtout étrangères qui ont voulu ajouter à ces principes directeurs et dont les innovations, parfois goûtées du public, représentèrent souvent des tentatives dangereuses pour leur solidité.

En 1897, la Union et le Phenix Espagnol adjoignait, à son tour, un avenant à son contrat d'assurance-vie qui avait la particularité de garantir l'accident déterminant « la suppression totale ou partielle des facultés productives ». C'était élargir audacieusement la notion de l'invalidité et, par là, le champ de l'Assurance Complémentaire.

En 1900, la Nationale émettait aussi, en collaboration avec la Prévoyance, une police couvrant l'invalidité, et les études poursuivies permettaient de penser que la

combinaison pourrait aider avantageusement à la propagande de l'assurance-vie. Cet espoir devait être déçu, du moins jusqu'à la fin de la guerre.

SECTION II

LES CONDITIONS GENERALES ET LES TARIFS DE LA PREMIERE POLICE COMPLEMENTAIRE

La nouvelle police adoptée par l'Urbaine et l'Urbaine et Seine, en 1885, portait ce titre complet : « *Assurance Complémentaire de l'Assurance en cas de décès, garantissant le service de la prime en cas d'incapacité temporaire de travail, et donnant droit au capital assuré en cas d'incapacité définitive de travail.* »

Une première remarque s'impose. C'est que, contrairement à la combinaison de l'Aigle-Vie, la compagnie ne garantit pas, en cas de décès accidentel, un capital double du capital assuré par la police-vie. Cette formule, alléchante à plus d'un titre, apparaissait aux assureurs de l'époque une combinaison injustifiable. Nous verrons que le développement de l'Assurance Complémentaire devait leur donner raison.

La police prévoyait l'incapacité complète de travail. L'assuré devait en donner avis à la compagnie, en fournissant à l'appui une attestation détaillée de son médecin. De la date de cet avis, partaient les délais suivants :

1° Si l'incapacité subsiste, ou du moins, l'obligation de garder le lit, plus de deux mois (les polices postérieures réduiront à quarante-cinq jours), la compagnie prend à son compte et, par douzième, le service de la prime d'assurance-décès ;

2° En outre, s'il y a perte des deux membres, supérieurs ou inférieurs, ou des deux yeux, la compagnie verse les $\frac{3}{4}$ du capital assuré. Elle versera ce même capital, mais après un an seulement, si l'incapacité dépend de maladies comme la paralysie, l'ataxie, etc. Après deux ans d'incapacité due à d'autres maladies (surdité, affaiblissement des facultés, etc.), elle versera la moitié du capital, puis un quart l'année suivante. A noter qu'en tout état de cause, la compagnie de versera le quatrième quart du capital qu'à l'échéance de la police en cas de décès (1).

La Union et le Phenix Espagnol introduisait la notion de « facultés productives » et classait les accidents entraînant la perte ou la suppression de ces facultés en trois catégories :

1° Accidents détruisant complètement les facultés productives (perte des deux membres, des deux yeux, etc.) Indemniti  : capital égal à celui assuré par la police;

2° Accidents diminuant de moitié au moins les facultés productives (un membre, un œil, etc.) Indemniti  : moitié du capital assuré;

3° Accidents déterminant une diminution notable des facultés productives (un pouce, plusieurs doigts, etc.) Indemniti  : $\frac{1}{5}$ du capital assuré.

Quant au tarif, il comportait quatre classes, suivant les professions et la prime annuelle se calculait à l'aide d'un pourcentage sur le montant de la prime annuelle de l'assurance-décès. C'est ce système qui sera appliqué par la g n raliti  des compagnies, au fur et à mesure qu'elles entreprendront l'Assurance Complémentaire.

(1) Les conditions générales comportaient une série d'exclusions et de limitations que nous n'avons pas à examiner ici. Elles se retrouvent dans les contrats actuels.

Voici, par exemple, le tarif appliqué par la Préservatrice, à l'époque :

PROFESSIONS	TAUX (1)	
	A	B
1 ^{re} Classe : Sédentaires (Fonctionnaires, avocats, rentiers, employés, etc.)	10 %	5 %
2 ^e Classe : Non-sédentaires, mais ne comportant pas de surveillance de travaux (Médecins, ingénieurs, architectes, etc.)	12 %	6 %
3 ^e Classe : Non-sédentaires, mais comportant la surveillance de travaux.	16 %	8 %
4 ^e Classe : Patrons travaillant manuellement.	20 %	10 %

Les tarifs prévoyaient généralement une 5^e classe, dite réservée, comportant les risques les plus dangereux, dont la compagnie entendait fixer la prime pour chaque cas.

Il ne fait aucun doute que les résultats, d'ailleurs encore peu probants de l'assurance individuelle contre les accidents, avaient servi de base à l'établissement de ce classement par profession et de ce tarif progressif. Cet empirisme devait être un gros obstacle au développement attendu de l'Assurance Complémentaire.

(1) Taux A : Vie entière ; B : Mixtes et combinaisons.

CHAPITRE III

L'évolution de la formule.

SECTION I

L'AVANT-GUERRE

Les compagnies d'assurances sur la vie, en collaboration, les unes avec leurs filiales accidents, les autres avec des compagnies accidents indépendantes, entreprennent l'Assurance Complémentaire. Le matériel scientifique mis à leur disposition à l'usage de cette nouvelle branche est, nous le disions, assez restreint. Des trois grands facteurs, dont l'étude approfondie est nécessaire : mortalité, morbidité, invalidité, le premier, seul, a donné lieu à d'importants travaux.

Pour nous en tenir aux recherches françaises, trois grandes Compagnies (Générales, Union et Nationale) avaient réuni leurs premières observations, dès 1860, dans une table de mortalité, dite table d'expérience. De 1876 à 1895, les études poursuivies par un Comité de grandes Compagnies donnaient naissance aux deux fameuses tables dites, l'une, des « *Rentiers Français* », l'autre, des « *Assurés Français* » (Table R. F. et Table A. F.). Travail remarquable, complété par la Table de mortalité de la Caisse Nationale des Retraites (Table C. R.), que le Gouvernement faisait établir dans le

même temps et qui devait servir à la constitution des barèmes pour l'application de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail. Enfin, la Table R. F., elle-même, devait être complétée en 1900 par une Table de mortalité des Rentiers et Assurés en cas de vie.

Si la mortalité est ainsi parfaitement étudiée, dès la fin du XIX^e siècle, il n'en va pas de même de la morbidité et de l'invalidité.

L'expérience des compagnies, en matière d'assurance-maladie est insignifiante. D'ailleurs, comme l'exprimait une circulaire du Ministère de l'Intérieur, en date du 15 avril 1901 : « L'étude de la morbidité présente une difficulté initiale : la définition de la maladie ». La première table de morbidité établie en France par les soins du Comité pour la propagation des Sociétés de Prévoyance, dite Table de Hubbard, date de 1852. Elle fut complétée et ajustée par De Laffitte en 1889 et en 1892. Mais elle excluait les courtes maladies et, déduite de l'observation des Sociétés de secours mutuels de 1835 à 1849, elle se fondait sur des effectifs trop réduits et sur une période de temps trop limitée. Elle était, en tous cas, insuffisante pour servir de base à l'Assurance Complémentaire. Il faudra, d'ailleurs, attendre la loi du 25 octobre 1919 sur les maladies professionnelles pour que des statistiques établies à cette occasion permettent d'arriver à certains résultats.

Quant à l'invalidité, dont la définition, nous le verrons, est comprise de manières très diverses, les tables dressées l'ont été, par voie de conséquence, fort différemment. En France, il n'existait que des tables de mortalité d'invalides, en particulier, la Table des Invalides des Chemins de Fer, construite en 1896 par Léon Marie, qui avait l'inconvénient de n'être pas basée sur une expérience assez large, ni assez longue.

En résumé, les compagnies d'assurance, bien outillées

pour le risque mortalité, entreprennent absolument empiriquement cette assurance-morbidité et invalidité qu'est l'Assurance Complémentaire.

D'autre part, d'un point de vue commercial, la combinaison se heurte à une certaine défiance des agents qui hésitent à proposer une formule augmentant le coût de l'assurance-vie. C'est dire que les résultats de l'exploitation de la nouvelle branche furent insignifiants pendant les premières années.

C'est alors que survint la loi du 17 mars 1905. Cette loi, qui remédiait aux lacunes du régime créé par l'article 66 de la loi du 24 juillet 1867, établissait une surveillance et un contrôle pour les Sociétés d'assurance sur la vie. Son article 1^{er} était ainsi conçu :

« Sont assujetties à la présente loi les entreprises françaises ou étrangères de toute nature qui contractent des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine. »

Et son article 2 :

« Ces entreprises doivent limiter leurs opérations à une ou plusieurs de celles qui font l'objet de la présente loi. »

Ce deuxième article pouvait-il s'appliquer à l'Assurance Complémentaire? C'était fort discutable. Mais cela ne fut pas discuté. Le Contrôle Central des Compagnies d'Assurance sur la Vie au Ministère du Travail fit connaître aux compagnies que l'engagement de payer les primes d'un contrat d'assurance sur la vie en cas d'incapacité de travail du titulaire n'est pas un engagement dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine au titre de l'article 1^{er} de la loi. Celles-ci devaient donc abandonner cette branche ou constituer des sociétés nouvelles chargées de reprendre le portefeuille. Le peu d'enthousiasme que la formule avait rencontré chez les assurés, et, il faut l'avouer, le peu

d'enthousiasme avec lequel elles-mêmes entreprenaient l'Assurance Complémentaire, les fit, naturellement, pencher vers la première solution : elles cessèrent l'exploitation de la combinaison.

Ce furent les compagnies d'assurance contre les accidents qui reprirent leurs portefeuilles. A vrai dire, beaucoup d'entre elles avaient déjà entrepris l'Assurance Complémentaire pour leur propre compte. Elles recueillaient donc la succession sans difficultés. De plus, l'assurance individuelle qu'elles pratiquaient avec succès leur donnait un semblant d'expérience vis-à-vis de cette nouvelle branche qui n'est, au fond, qu'une assurance individuelle contre les accidents et la maladie. Mais, étant aussi mal outillées en assurance-maladie, elles devaient faire preuve devant ce risque de la même timidité que leurs devancières.

A la veille donc de la guerre, les résultats de l'Assurance Complémentaire étaient fort médiocres. Cela tenait, sans doute, à cette timidité, conséquence normale du peu de bases scientifiques que possédaient les compagnies, à laquelle s'ajoutaient deux autres facteurs importants : le manque d'intérêt pour les assurés et le dédain des agents.

Les assurés, dont l'éducation, en matière d'assurance, était encore précaire, se montraient souvent réfractaires et ne comprenaient pas l'utilité de l'Assurance Complémentaire. Ils avaient à leur disposition toute une gamme d'assurances sur la vie et d'assurances individuelles contre les accidents corporels, sans parler de l'assurance-accidents du travail et des prestations des Sociétés de secours mutuels. Ils ne voyaient donc pas bien la nécessité d'une juxtaposition de deux contrats qu'ils croyaient pouvoir souscrire séparément, si bon leur semblait. Qui sait même si leur méfiance ne concluait pas rapidement à une ruse des compagnies pour

leur faire accepter une augmentation de prime sans contre-partie utile.

Il eût fallu, pour éclairer leur religion, des agents ou des courtiers d'assurance qui fussent eux-mêmes persuadés de l'intérêt de la formule. Ce n'était guère le cas. Cette police supplémentaire qui, d'un autre côté, n'apportait qu'un infime surplus de commission, leur paraissait surtout un obstacle à la conclusion d'affaires-vie, qu'elle compliquait inutilement et risquait de compromettre. Si l'on ne peut faire grief à un « producteur » de vouloir réaliser ce qui est, en vérité, sa mission : apporter une affaire à la compagnie qu'il sert, on ne peut néanmoins que regretter le manque de connaissances techniques de nombreux agents et courtiers. Combien, parmi eux, connaissaient exactement le but et le rôle de l'Assurance Complémentaire qu'ils présentaient à leurs clients? Fort peu, si l'on en croit M. P. Richard, qui déplorait en 1911 « l'ignorance lamentable de certains producteurs ⁽¹⁾ ».

Ce serait sortir de notre étude que d'examiner ce grave problème de l'éducation technique des « marchands d'assurance », mais, tout en remarquant le progrès certain qui s'est fait dans ce domaine, grâce, sans doute, aux assurés eux-mêmes qui, fort au courant des questions d'assurance, demandent à leurs agents et courtiers des compétences supérieures, nous devons malgré tout insister sur ce fait qu'il serait infiniment souhaitable que tous les collaborateurs de l'assurance aient à subir un examen obligatoire dans une école professionnelle avant d'exercer leur profession. Le renom de l'assurance libre ne pourrait qu'y gagner et la clientèle des assurés, mieux avertie, cesserait de suivre les

(1) P.-J. RICHARD. *Etude sur l'Assurance Complémentaire de l'Assurance sur la vie*. Paris, Hermann et fils, 1911.

chemins battus et prêterait l'oreille aux formules nouvelles, mieux adaptées à l'époque et au rythme de vie moderne. Jusqu'ici, il n'en a pas été ainsi et l'Assurance Complémentaire doit certainement une bonne part de son peu de réussite à l'incompétence des producteurs, responsables de l'incompréhension du public.

SECTION II

LA GUERRE ET L'APRÈS-GUERRE

Nous n'avons pas à examiner ici la question de la couverture du risque de guerre dont les modalités ont donné lieu à tant de controverses en matière d'assurance-vie. L'Assurance Complémentaire étant pratiquée par les compagnies-accidents, il ne pouvait être question d'envisager pour elle un fond de réserve, des surprimes, un système de prorogation ou toute « convention expresse et spéciale », telle que les conditions générales de la première police de l'Urbaine en donnaient la possibilité en 1885, dans leur article 9. A la veille de la guerre, les polices complémentaires ne prévoyaient donc que la résiliation pure et simple. C'est dire que les résultats de l'exploitation de cette branche furent totalement insignifiants jusqu'en 1918.

L'Après-Guerre devait, au contraire, voir une évolution importante de la combinaison qui prit, sous l'influence surtout des compagnies étrangères, un développement considérable. Evolution parfois heureuse, souvent malheureuse, dont il faut dégager les grandes lignes.

La formule initiale, nous l'avons vu, se présentait de façon fort simple, en offrant les garanties les plus utiles : exonération des primes pendant l'incapacité totale et temporaire de travail, paiement par anticipa-

tion de tout ou partie du capital assuré si l'incapacité est reconnue complète et permanente. Les compagnies américaines, poussées par une concurrence hardie, comme elle l'est si souvent aux Etats-Unis, lancèrent un grand nombre d'innovations qu'avec un certain retard et, malgré tout, une certaine prudence, inversement proportionnelle, d'ailleurs, à leur ancienneté, les compagnies françaises adoptèrent à leur tour. Nous examinerons, à la fin du présent ouvrage, les résultats sommaires de ces innovations américaines, mais il n'est pas inutile de dire à l'avance les déboires qu'elles rencontrèrent.

Parmi les dispositions nouvelles, la plus intéressante fut le remplacement du paiement anticipé du capital assuré par une rente d'invalidité qui est évidemment préférable. L'assuré invalide, privé de ses moyens normaux d'existence, a besoin d'une réparation pécuniaire régulière, jusqu'au moment où il recevra le capital auquel lui donne droit sa police-vie (ou jusqu'à son décès entraînant le paiement de ce capital aux bénéficiaires).

Certaines compagnies couvrirent l'invalidité partielle en réduisant les prestations stipulées pour le cas d'invalidité totale, en proportion de l'aptitude conservée, à condition que le degré d'invalidité ne soit pas inférieur à 25 %.

D'autres adjonctions furent — et sont encore — très discutables. Le paiement doublé du capital en cas de décès accidentel, par exemple, attrayant cependant pour l'assuré, ou même triplé en cas d'accident de chemin de fer ou d'ascenseur. Son seul mérite était de n'être guère onéreux pour la compagnie et de servir d'appât à la clientèle. Il est certain que, par le simple jeu de la probabilité, on peut renchérir dans ce domaine et offrir, par exemple, cinquante fois le capital en cas d'accident

consécutif à la chute d'un météore ou autres aérolithes...

Nous examinerons ces diverses modalités en faisant l'étude du contrat d'Assurance Complémentaire. Qu'il nous suffise de dire qu'elles furent à l'origine du réel engouement qui, à l'étranger surtout, s'empara du public à l'égard de l'Assurance Complémentaire. En France, le nombre des polices progressa, mais sans atteindre les chiffres énormes des compagnies américaines ou canadiennes. En contre-partie, les résultats, s'ils furent médiocres, n'accusèrent pas le caractère catastrophique que les statistiques firent apparaître dans d'autres pays. Aux environs de 1926-1930, en effet, les compagnies canadiennes et américaines se livrèrent à une étude complète de l'Assurance Complémentaire qui avait donné lieu chez elles à de graves mécomptes. Nous verrons plus loin les calculs dus au rapport des Actuaires Américains de 1926, ainsi que les réponses au questionnaire soumis par l'American Life Convention aux membres de ce groupement en 1931, qui eurent pour résultat de déclancher une campagne de prudence devant le risque envisagé. Le *Spectator Handy Chart* de 1934, en particulier, publia un tableau des primes et sinistres, par catégories d'affaires, pour les années 1932 et 1933 et mit en valeur les chiffres désastreux suivants :

Année 1932.

Primes encaissées.....	6.272.439 dollars.
Sinistres payés.....	4.865.537 —
Pourcentage : 77,6 %.	

Année 1933.

Primes encaissées.....	5.582.914 dollars.
Sinistres payés.....	5.872.383 —
Pourcentage : 105,2 %.	

Ces résultats, connus et étudiés en France, exagérèrent encore la timidité et le peu d'enthousiasme des Compagnies de notre pays. Il est vrai de dire que leur propre expérience n'augurait aucune réussite particulière pour l'avenir.

Une grande Compagnie Accidents Française, qui pratiquait l'Assurance Complémentaire depuis 1921, observait dix ans plus tard le nombre peu élevé des contrats souscrits. Il passait de 182 en 1922 à 551 en 1926 et à 2.051 en 1930. Comme il s'agissait d'un portefeuille d'assurance jeune, s'appliquant à des contrats d'une durée moyenne de vingt à vingt-cinq ans, les résultats déjà acquis devaient être considérés comme favorables par rapport à ceux auxquels on devait s'attendre dans l'avenir. Or, la proportion de sinistres était déjà fort importante : en incapacité temporaire, la Compagnie relevait, en 9 ans, 25 cas pour 3.105 jours de durée, lesquels, comparés aux 6.448 années d'assurance, donnent un pourcentage de 1,4 %. En incapacité permanente 8 cas, dont 2 mortels dans les six mois, et les six autres toujours vivants. Si l'on ajoute que le portefeuille était constitué surtout d'assurés exerçant des professions libérales ou de commerçants, on conviendra que la section de statistique de l'Association Générale des Compagnies d'Assurances Accidents Droit Commun, qui étudiait la question en 1934, avait raison de dire « qu'il y avait lieu de modifier le plus rapidement possible les errements suivis ». Elle proposait, dans ce but, deux recommandations principales : réduire le service de la rente annuelle à 5 % maximum du montant du capital vie et écarter le paiement d'un capital en cas de mort accidentelle. Nous verrons en temps voulu ce qu'il faut penser de ces propositions.

SECTION III

LES DECISIONS DU COMITE CONSULTATIF
DES ASSURANCES
ET LES CONGRES D'ACTUAIRES

Quelques années auparavant, le Comité Consultatif des Assurances sur la Vie, lui-même émané de la loi du 17 mars 1905, avait repris les termes de cette loi et étudié la question de l'Assurance Complémentaire. Après un premier échange de vues au mois de juin 1929 et au mois d'avril de la même année, au cours duquel il fut admis que l'assurance-invalidité, pratiquée à l'étranger par les Sociétés-Vie elles-mêmes, répondait au besoin d'un grand nombre d'assurés, particulièrement en matière d'assurance populaire, le Comité Consultatif reprit l'étude du problème l'année suivante. Dans sa séance du 7 mars 1930, il décida d'autoriser les Compagnies d'Assurance sur la Vie à pratiquer elles-mêmes, sans passer par l'intermédiaire des Sociétés d'Assurance contre les Accidents, la co-assurance du risque d'invalidité, en la limitant, cependant, à deux formes : libération du service des primes et rente d'invalidité ne devant pas dépasser 10 % du capital assuré. Voici d'ailleurs la transcription du procès-verbal de cette séance :

« Le Comité Consultatif des Assurances sur la Vie,

« Vu ses avis en dates des 29/6/29 et 14/5/29 relatifs à l'assurance contre l'invalidité adjointe à l'assurance en cas de décès ;

« Saisi à nouveau de la question,

« Est d'avis que l'Assurance Complémentaire, que

les Sociétés d'Assurance sur la Vie sont autorisées à réaliser directement, à titre d'assurance accessoire jointe à l'assurance en cas de décès, peut comporter, en sus de l'exonération du paiement des primes afférentes à cette assurance principale, l'engagement de servir une rente à l'assuré, dans l'éventualité donnant lieu à la dite exonération, à la condition toutefois que le montant de la rente ne dépasse pas 10 % du capital stipulé dans le même contrat pour l'assurance en cas de décès. »

Ces décisions furent l'objet d'entretiens fréquents entre les Actuaires réunis au VIII^e Congrès d'Actuaires à Londres en juin 1927. La question devait être reprise à nouveau au IX^e Congrès à Stockholm en 1930 et au X^e Congrès à Rome en 1934. L'Assurance Complémentaire, sous les diverses formes qu'elle présentait dans les différents pays représentés au Congrès, y fut étudiée en détail, en particulier pour tout ce qui concernait les bases techniques, les primes et les réserves, d'un point de vue plus actuariel que juridique ou économique, certes, mais d'une façon qui permit de se faire une idée juste de l'évolution du risque hors de France. Les rapports présentés à ces Congrès seront le fondement de notre travail dans l'étude que nous entreprendrons sur l'Assurance Complémentaire à l'étranger, dans la troisième partie de cet ouvrage.

De tous ces travaux, une conclusion demeurait, à savoir le résultat déplorable du risque, partout où on avait tenté de le couvrir, sauf, peut-être, en Suisse, où l'assurance est pratiquée différemment. Des divergences étaient frappantes dans les définitions. La notion d'invalidité, par exemple, avait pris, dans certains pays, une large extension qui n'allait pas sans dangers et sans déboires pour les organismes d'assurance. Quelques-uns, à la suite des résultats financiers déplorables de la

combinaison, avaient même cessé son exploitation ; d'autres ne versaient plus la rente d'invalidité.

En résumé, les résultats centralisés des pays où s'était pratiquée, parfois sur une grande échelle, l'Assurance Complémentaire, n'étaient guère favorables. En France, après cinquante ans d'exploitation, les Compagnies-Vie et les Compagnies-Accidents considéraient la combinaison comme d'un rapport insignifiant, et, sciemment ou non, s'en désintéressaient.

Il ne semble pas qu'aujourd'hui leur attitude ait beaucoup varié. Les décisions du Comité Consultatif ont eu pour effet de faire incorporer par les Compagnies, dans certaines nouvelles polices-vie, la co-assurance de l'invalidité, mais n'ont pas secoué la léthargie qui s'est emparée de l'Assurance Complémentaire proprement dite. Il est difficile de connaître ses résultats qui n'apparaissent pas aux bilans publiés chaque année par les Compagnies, sinon compris dans la masse des primes encaissées et des sinistres payés. Mais si l'on doit juger ces résultats à l'engouement que montrent leurs bureaux de Paris à proposer ce genre d'assurance, il ne fait aucun doute qu'ils ne doivent pas être brillants.

On peut dire qu'actuellement, il y a désaffection totale à l'égard de l'Assurance Complémentaire, aussi bien du côté des assurés que de celui des Compagnies et même de celui des Groupements d'assureurs, le Comité Consultatif mis à part. Et encore ce dernier n'a pas daigné s'occuper une seule fois de cette question depuis 1930. Espérons que le Conseil Supérieur des Assurances privées qui, aux termes du décret du 14 juin 1938, va remplacer les Comités Consultatifs ne lui fera pas subir le même sort.

Il nous semble, en effet, que l'Assurance Complémentaire, mieux étudiée et mise davantage à la portée des

assurés, devrait, malgré tout, être une source de profits pour les Compagnies françaises comme elle l'est en Suisse, par exemple, où, depuis 1894, la plus ancienne et la plus importante Compagnie, à Zurich, exploite ce genre d'assurance et avait, au 1^{er} janvier 1930, près de 25.000 polices assurant des prestations pour plus de 22 millions de francs suisses.

Mais, pour cela, il serait nécessaire que l'expérience de ces cinquante dernières années servît. Sans manquer d'audace, comme ce fut trop souvent le cas jusqu'à la Guerre, il ne faut pas que les Compagnies se lancent dans des formules hardies qui n'apportent finalement que des déboires. L'expérience a permis d'avoir des bases techniques infiniment plus précises qu'à l'origine. Il faut les utiliser. Une fois de plus, il faut savoir exactement la valeur de la marchandise « assurance » que l'on vend et la vendre pour telle. Lorsque les Compagnies seront d'accord sur l'importance des prestations qu'elles accordent et, surtout, sur la notion d'invalidité sur laquelle elles se fondent, elles pourront présenter à la clientèle assurable une combinaison sûre, qu'elles ne craindront pas de « pousser », au lieu de jouer ce jeu hypocrite d'offrir une formule, qu'elles savent de mauvais rapport pour elles, mais qu'elles offrent cependant parce que les autres Compagnies en font autant.

Aux producteurs de comprendre ensuite l'intérêt de l'Assurance Complémentaire et de remplir leur rôle d'éducateurs de l'assuré.

DEUXIÈME PARTIE

LES CARACTÉRISTIQUES DE L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE

CHAPITRE PREMIER

La nature juridique de l'Assurance Complémentaire.

La définition générale de l'assurance terrestre comporte trois éléments inséparables : le risque, la prime, l'indemnité. Reprenant brièvement les formules de M. J. Hémard⁽¹⁾, nous dirons que le risque est une éventualité qui fait surgir un besoin, éventualité d'intensité variable, déterminée ou indéterminée, besoin d'assurance qui peut provenir du danger d'une perte, patrimoniale ou d'acquisition. Le risque est ou n'est pas assurable selon ses limites, sa fréquence, sa dispersion et son intensité. La prime est la rémunération pour l'assureur, l'indemnité sa prestation. Il y a un rapport entre ces deux termes qui est la caractéristique de tout acte à titre onéreux et le criterium même de l'Assurance.

Le contrat d'Assurance Complémentaire comportant ces trois éléments est donc bien un contrat d'assurance, *largo sensu*.

C'est un contrat d'assurance de personnes. Si, en effet, nous acceptons la division communément adoptée,

(1) Théorie et pratique des assurances terrestres. Sirey. 1924.

entre assurance de choses et assurance de personnes, nous trouvons, comme élément caractéristique de l'assurance de personnes, toute assurance qui garantit la personne de l'assuré dans son existence, dans son intégrité, dans sa santé, dans sa vigueur. Nous pouvons donc dire, sauf à rendre, par la suite, la définition plus étroite, que l'Assurance Complémentaire est une assurance de personnes contre la mort, les atteintes à l'intégrité du corps et les risques de diminution de la santé ou de la vigueur.

Mais la question qui se pose alors et qui, à vrai dire, est la seule intéressante, est celle-ci : l'Assurance Complémentaire, assurance de personnes, est-elle de la nature de l'assurance-vie ou de la nature de l'assurance-accidents ? Ce problème qui, à notre connaissance, n'a donné lieu à aucune polémique, fautive, peut-être, de polémistes, mérite d'être étudié pour les conséquences pratiques qui en découlent.

SECTION I

ASSURANCE-VIE ET ASSURANCE-ACCIDENTS

Peut-on d'abord, sur le terrain juridique, assimiler l'assurance-vie et l'assurance-accidents, ou, plus exactement, l'une n'est-elle qu'une variété de l'autre ? Nous soulevons là un vieux point de droit qui a donné lieu, à la fin du siècle dernier, à de nombreuses controverses. La plus souvent citée, celle qui résume assez brièvement les arguments en présence, est celle qui mit aux prises, à cette époque, M. Malapert et le *Moniteur des Assurances*. Dans une lettre adressée au *Journal des Sociétés Civiles et Commerciales*, en septembre 1883, M. Mala-

pert écrivait, en effet, notamment : « ...Toutes les Sociétés d'Assurance contre les accidents prévoient le cas de mort. Elles sont donc des Sociétés d'Assurance sur la vie et devraient être autorisées. La plupart ont négligé de prendre une autorisation et sont nulles, d'une nullité absolue... ». *Le Moniteur des Assurances* reproduisait cette lettre et en réfutait les termes en définissant le contrat d'assurance sur la vie, « un engagement réciproque entre la Compagnie assureur, d'une part, et l'assuré, d'autre part, aux termes duquel la première s'engage à payer au décès du contractant, à quelque époque qu'il arrive et quelle qu'en soit la cause, une somme déterminée, tandis que le second s'oblige à payer, sa vie durant, une prime basée sur les théories mathématiques de la longévité humaine ». Il insistait sur la fatalité des sinistres et sur le mode de calcul scientifique des primes : « D'un côté, c'est la science qui est souveraine, de l'autre c'est le hasard qui domine », proclamait-il, dans le style un peu déclamatoire, propre à l'époque. Et, enfin, reprochant à M. Malapert de dire à l'assurance-accidents : « Tu n'iras pas plus loin ! » devant les cas mortels, il concluait que la thèse de celui-ci était insoutenable : « Lorsqu'une explosion de grisou aura eu lieu dans une mine, il faudra donc que les ouvriers assurés présentent un certificat de vie ; tant pis pour les maladroits qui se seront fait tuer ! ».

La boutade du *Moniteur* ne démonta pas M. Malapert et, à vrai dire, la définition que donnait le journal d'assurances, du contrat-vie était trop étroite. Elle ne prévoyait que l'assurance en cas de décès et il est certain, comme le faisait remarquer M. Malapert, lui-même, qu'il rentre dans les opérations des compagnies d'assurances sur la vie bien d'autres combinaisons où la prestation de l'assureur n'a pas lieu « au décès de

l'assuré » : dotales, termes fixes, etc. D'autre part, l'obligation de payer une prime, « la vie durant », n'est pas non plus caractéristique du contrat-vie qui prévoit, au contraire, des contrats de courte durée et n'oblige jamais l'assuré à poursuivre le paiement de sa prime pendant toute la durée du contrat, la sanction, dans ce cas, n'étant qu'une réduction proportionnelle du capital assuré.

Le même principe d'assimilation de l'assurance-vie et de l'assurance-accidents se trouve posé dans un rapport de M. Lyon-Caen, rapport qui tint lieu d'exposé de motifs au projet de loi relatif au contrat d'assurance du 12 juillet 1904-14 juin 1906. Rappelons que ce projet avait été déposé comme suite aux travaux d'une commission nommée par un arrêté du 2/5/1902 du Ministre du Commerce mais devint caduc à la fin de la législature. Il devait l'être successivement durant les quatre législatures suivantes. Repris en 1920, il a servi de base à la plupart des travaux qui ont abouti à la loi du 13 juillet 1930 sur le contrat d'assurance. Or, en 1904, M. Lyon-Caen concluait à l'assimilation des deux espèces d'assurance, car, écrivait-il, dans chacune « l'assureur doit payer un capital ou une rente dont le montant est fixé par la police, que la mort rend exigible et qui est destiné à réparer à forfait le préjudice causé par la mort de l'assuré à certaines personnes qui sont les bénéficiaires de l'assurance ». Il en tirait les conséquences suivantes :

1° Le droit à indemnité naît dans la personne du bénéficiaire et ne fait pas partie de la succession de l'assuré mort par accident;

2° Le contractant peut substituer un bénéficiaire à un autre tant que celui-ci n'a pas accepté le bénéfice de l'assurance;

3° Le contrat est inopérant quand l'accident a été

causé intentionnellement par l'assuré qui en a été victime;

4° Un tiers ne peut contracter à son profit une assurance sur la tête d'une personne qu'avec le consentement de celle-ci;

5° Il y a lieu de soumettre aux mêmes règles que les assurances en cas de décès, l'assurance contre les accidents passée par un tiers à son profit, concernant des assurés incapables;

6° La police peut être donnée en gage dans les mêmes formes que la police d'assurance sur la vie.

Ces conséquences sont, en effet, parfaitement justifiées. Mais elles ne prouvent, à notre avis, que des identités de caractères généraux, non une assimilation de l'assurance elle-même. D'ailleurs, M. Lyon-Caen était forcé d'admettre les exceptions et les différences suivantes :

1° L'assurance n'est pas nécessairement individuelle; elle peut englober tout un ensemble de personnes, caractérisées par leur profession, par exemple;

2° Dans l'assurance contre les accidents, le paiement de la prime est obligatoire;

3° Les dispositions relatives à la réduction et au rachat en matière d'assurance-vie ne s'appliquent point aux assurances contre les accidents. Et lui-même expliquait que cette disposition se justifiait par ce fait que l'assurance-accidents ne comporte pas la « constitution d'une réserve formée de l'excédent des primes constantes stipulées sur le montant des primes calculées d'après des risques variables pour l'assureur ». C'était dire que l'assureur-accidents ne se préoccupe pas de la variabilité des risques de l'assuré en fonction de son âge.

La loi de 1930 semble être encore allée plus loin que M. Lyon-Caen, puisque, contrairement au projet de 1904

qui traitait dans un titre à part les assurances contre les accidents, elle ne contient plus aucune section spéciale les concernant. C'est donc qu'il a été possible de faire rentrer les textes les concernant, soit dans les dispositions générales s'appliquant à toute assurance, soit dans les dispositions concernant les assurances de personnes. Cela ne signifie point cependant qu'elle consacre le principe de l'assimilation. La tendance de la loi de 1930 est, en effet, ne l'oublions pas, de « généraliser les principes pour que la réglementation en soit simplifiée ». Elle confirme, certes, les conclusions précitées de M. Lyon-Caen, mais elle confirme également les exceptions qu'il avait admises. Une seule a été discutée, pourtant fondamentale : le paiement obligatoire de la prime en assurance individuelle. L'article 75 de la loi édicte, en effet, que l'assureur n'a pas d'action pour le paiement des primes. Cette règle traditionnelle ne s'applique évidemment qu'aux assurances sur la vie et ne saurait être étendue aux autres. Or, certains auteurs et une jurisprudence étonnante (Tribunal de Paix, XV^e arrondissement, 3/6/1931) jugèrent que le recouvrement des primes d'une police d'assurance individuelle contre les accidents ne pouvait être poursuivi en justice. La Cour de Cassation remit les choses au point (Cassation, Chambre Civile, 16/5/1934) et, en somme, en consacrant cette distinction légale entre l'assurance-accidents et l'assurance-vie, confirma le principe de non-assimilation.

Et, en effet, cette assimilation ne saurait être soutenue. Reprenons brièvement les arguments en présence :

L'assurance-accidents se sépare tout d'abord de l'assurance-vie par ce fait qu'on ne tient pas compte, dans la tarification des risques, de l'âge de l'assuré ; il n'intervient en pratique que dans l'assurance individuelle, où il fixe la limite à partir de laquelle la compa-

gnie refusera sa garantie. Si, d'autre part, il est exact, qu'en général, les contrats d'assurance-vie sont de longue durée et les contrats-accidents de courte durée, le contraire se produit fréquemment : contrats de courte durée, en assurance-vie, dont l'étude, d'ailleurs, est à l'ordre du jour ; contrats de longue durée en assurance-accidents où, avant le décret de 1922, dont la loi de 1930 a repris les termes, il n'était pas rare de voir des polices de trente ans ou de la durée de la compagnie qui ne bénéficiaient pas alors de la résiliation décennale. Le sinistre, enfin, peut être, en assurance-accidents, partiel ou total, ou même ne jamais se produire. Il doit être prouvé : le bénéficiaire doit rapporter la preuve que le décès de l'assuré est dû, non pas seulement à une force soudaine et violente, mais a pour origine un événement fortuit et indépendant de la volonté de l'assuré. Il est fatal, au contraire, en assurance-vie, quelle qu'en soit la cause : suicide, assassinat, etc. La mort, en assurance-accident, doit être la conséquence d'un accident, et le fait qu'il soit nécessaire de la prévoir comme une éventualité conséquence de l'accident, ne peut raisonnablement être invoquée comme prétexte à l'assimilation de ces deux genres d'assurance dont l'esprit est totalement différent. C'est cette différence spécifique qu'un vieux jugement de 1870, dont les motifs furent finalement adoptés, en appel, par la Cour de Paris, en 1873, avait mis parfaitement en valeur de la façon suivante :

« Attendu que les tontines et les assurances sur la vie prennent pour base de leurs calculs les chances que présente la durée incertaine de la vie humaine, tandis que les combinaisons d'une compagnie d'assurance contre les accidents reposent sur les chances d'accident entraînant, en général, des maladies, des incapacités de travail et, par exception, la mort ;

« Attendu que, dans le premier cas, la mort intervient comme unique élément des calculs et que, dans le deuxième, elle n'est qu'un élément de second ordre, se confondant avec l'accident qui la détermine...

« Attendu que, dans les assurances sur la vie, le paiement du capital n'est pas douteux, tandis que dans les assurances contre les accidents, tout est incertain, etc. »

(Tribunal Versailles, 25 mai 1870; Paris, 25 mars 1873. D. P. 75 6 2-17.)

La distinction paraît donc extrêmement nette. Son intérêt pratique est, d'autre part, très important bien que certaines dispositions nouvelles, nous allons le voir, en restreignent la portée.

En ce qui concerne, d'abord, le régime légal de l'assurance elle-même, nous constatons des différences en plusieurs matières : ainsi les accidents du travail, qui sont spécialement régis par la loi du 9 avril 1898 et les nombreuses lois qui ont complété, modifié ou étendu celle-ci, à laquelle la loi du 13 juillet 1930 a déclaré expressément ne pas déroger. Par contre, les assurances sur la vie, soumises au droit commun jusqu'en 1930, ont été codifiées par la loi sur le contrat d'assurance, sauf quelques dispositions déclarées inapplicables par la loi, elle-même. Mais la différence essentielle résidait jusqu'à présent dans le régime des Sociétés d'assurance sur la vie et celui des Sociétés d'assurance contre les accidents. Rappelons brièvement que les premières ont connu de très bonne heure des règles impératives puisque la loi du 17 mars 1905 édictait formellement pour elles des mesures de contrôle et de surveillance; en particulier le principe de l'autorisation que la loi du 24 juillet 1867 avait supprimé pour toutes les Sociétés par actions, se trouvait remis en vigueur pour les entreprises contractant des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine. Par contre, les

Sociétés d'assurance contre les accidents restaient soumises au droit commun, liberté qui leur fut éminemment favorable mais qui, malheureusement, donna lieu de la part d'entreprises de solidité discutable, à des erreurs regrettables, dont les conséquences, accusées, en outre, par les circonstances économiques, furent souvent désastreuses pour les assurés.

A tort ou à raison, une protection de l'Etat semblait s'imposer et le décret du 14 juin 1938 « tendant à l'organisation de l'industrie des assurances » vient de tenter récemment d'unifier le contrôle de l'Etat. Désormais, au titre de l'article 1^{er}, ce contrôle s'exerce non seulement sur les entreprises qui faisaient l'objet de la loi du 17 mars 1905, laquelle est abrogée, mais aussi sur les entreprises d'assurance de toute nature. Le décret prévoyait, en outre, qu'un règlement d'administration publique, rendu avant le 1^{er} novembre 1938, fixerait les obligations, les garanties, les réserves, les cautionsnements et les règles générales du fonctionnement des entreprises visées.

Ce règlement est intervenu, avec un retard de deux mois, le 30 décembre 1938. Il porte ce titre : « Décret portant règlement d'Administration publique pour la constitution des Sociétés d'Assurance et de Capitalisation, des Tontines et des Syndicats de Garantie, et pour le fonctionnement et le contrôle de ces organismes », et réalise une œuvre importante de synthèse et de coordination. A noter que ce décret ne détermine que les modalités principales d'application du décret-loi du 14 juin 1938, mais que d'autres décrets devront intervenir ultérieurement pour en fixer les détails. C'est, comme l'écrit M. César Ancey, dans la *Prime*, une « Œuvre de Novation du Droit des Assurances, parvenu à un degré d'évolution autre que celui constaté par la Législation antérieure ».

La disposition essentielle, que le décret du 14 juin 1938 formulait déjà expressément, consiste dans l'extension du Contrôle de l'Etat à toutes les Sociétés d'assurances quelles qu'elles soient, hormis celles pratiquant exclusivement les assurances maritimes ou les réassurances. Désormais, aucun des dits organismes ne pourra fonctionner sans avoir obtenu l'agrément du Ministre du Travail, et ceci pour chaque catégorie d'opérations pratiquées (le décret en prévoit dix-huit) ; cet agrément ne pourra d'ailleurs être refusé ou retiré qu'après avis du Conseil supérieur des Assurances privées, dont la composition et l'organisation, fixées par un décret du 29 décembre 1937, modifié par la suite, sont définitivement établies par le présent décret.

Ainsi l'ancien principe de l'autorisation réapparaît pour toutes les entreprises d'assurances, au lieu du simple contrôle, lequel n'intervenait, comme le spécifie le décret-loi lui-même, que pour constater et réprimer les infractions. En particulier, pour les Sociétés d'assurances sur la vie, c'est-à-dire comportant des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, l'agrément remplace l'enregistrement que ces Sociétés, sous le régime antérieur, devaient obtenir.

Ce que donnera ce système préventif, l'avenir nous l'apprendra. Sa discussion sortirait du cadre de notre étude. Qu'il nous soit cependant permis de regretter que les différents organismes d'assurances n'aient pu s'imposer une discipline interne telle qu'ils eussent évité l'ingérence de l'Etat. Il se pourrait fort bien que d'autres mesures « tendant à l'organisation de l'industrie des assurances » interviennent quelque jour avec des conséquences redoutables pour l'assurance privée. Une fois de plus, ce n'était pas au gendarme qu'il fallait demander d'être le chef de famille...

SECTION II

LE CARACTERE HYBRIDE
DE L'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE

Les dispositions du décret du 30 décembre 1938 ne font aucune allusion particulière aux Assurances du type Complémentaire, qui se trouvent incluses au paragraphe 10 de l'article 137 énumérant les catégories d'opérations pour lesquelles l'agrément doit être demandé séparément, ainsi conçu :

« *Opérations d'assurance contre les risques d'accidents corporels non compris dans ceux qui sont mentionnés ci-dessus et contre les risques d'invalidité ou de maladie* ». Tout au plus autorisent-elles la police collective, c'est-à-dire assurant par police unique plusieurs risques différents, notamment par leur nature ou par leur taux, ou permettant à plusieurs assureurs de s'engager par police unique, ce qui peut être le cas de l'Assurance Complémentaire. Mais, hormis ce point particulier, le décret est muet. Nous ne sommes pas loin de penser que les dispositions qui seront prises par des décrets ultérieurs, en conformité avec les dispositions du présent décret, afin d'en aménager les détails, seront aussi discrètes à son égard. Dans ce cas, le régime actuellement en vigueur subsisterait avec tout ce qu'il comporte d'incohérence.

Cherchons en effet à dégager la nature du caractère de l'Assurance Complémentaire. Il nous apparaît rapidement que ce caractère est particulièrement hybride. Il tient à la fois de la nature de l'assurance sur la vie et de la nature de l'assurance contre les accidents.

Examinons donc tour à tour vers quels caractères distinctifs elle semble se rapprocher davantage.

L'Assurance Complémentaire semble, à première vue, une assurance-vie particulière. La proposition d'assurance, comme nous le verrons par la suite, comporte comme toutes les propositions d'assurance-vie, un questionnaire. Cette proposition est suivie d'une visite médicale. Or, s'il est vrai que l'assurance individuelle, par exemple, nécessite souvent aussi un questionnaire, sur lequel l'assuré consigne la connaissance qu'il a de son hérité et de sa santé antérieure — et encore cela est-il surtout fréquent pour des assurances contractées auprès des compagnies étrangères — il n'existe cependant pas de visite médicale prévue pour cette sorte de risque. C'est donc bien une caractéristique de l'assurance-vie et de l'Assurance Complémentaire et cela semble préjuger du caractère de cette dernière. En outre, les conditions générales de la police présentent des caractères sensiblement identiques pour chacune d'elles : toutes les dispositions concernant l'annulation ou la résiliation de la police sont les mêmes puisque l'annulation, la résiliation ou le rachat de la police-vie résilient de plein droit la police complémentaire. Mieux encore : cette particularité de l'assurance sur la vie qu'est la réduction du capital assuré, en cas de cessation du paiement des primes, s'applique également au contrat complémentaire. La prime, enfin, se calcule en fonction soit de la prime-vie, soit du capital assuré par la police-vie. L'Assurance Complémentaire est donc visiblement, comme l'écrit M. Hémar : « Un accessoire de l'assurance sur la vie ».

Et cela semble tellement logique qu'à l'étranger ce sont uniquement les compagnies d'assurances sur la vie qui pratiquent ce type d'assurance.

Si nous reprenons toutefois la définition large que nous avons donnée de la Complémentaire, nous y voyons apparaître nettement trois risques qui se traduisent

par : accident, invalidité, maladie. Ainsi, le sinistre, conséquence de l'un de ces risques, demeure absolument éventuel. Il n'a nullement le caractère fatal qu'on attribue à l'assurance-vie. L'Assurance Complémentaire se sépare donc de l'assurance-vie par cette différence essentielle : le caractère du risque. C'est d'autant plus vrai que, pour l'étude de la couverture de ce risque, les compagnies ne peuvent se contenter d'utiliser les bases techniques de l'assurance-vie, c'est-à-dire les seules tables de mortalité. La probabilité du risque dépend d'une éventualité accidentelle ou d'un état morbide et la prime destinée à payer le « besoin d'assurance » doit être calculée en fonction d'éléments statistiques particuliers et non plus basée, ou du moins dans une faible mesure, sur les « théories mathématiques de la longévité humaine » pour reprendre la formule du *Moniteur*. En fait, d'ailleurs, elle présentera un caractère empirique, ce qui la différencie plus encore de la prime-vie.

De ces caractères généraux découle la conclusion que l'Assurance Complémentaire est de la nature de l'assurance contre les accidents. Cette théorie, purement doctrinale, n'a pas été corroborée par une jurisprudence fournie. Un des rares arrêts qui aient été rendu en la matière, est celui de la Cour Suprême d'Allemagne ⁽¹⁾ du 18 novembre 1932. Il mettait en lumière le caractère double de l'Assurance Complémentaire « caractère géminé » selon son heureuse expression, mais appliquait au cas particulier qu'il envisageait la notion d'assurance-accident; on pouvait en conclure que le sinistre, au sens de la police complémentaire, est un accident au sens de l'assurance-accident, sans qu'il y ait à se préoccuper de la police-vie proprement dite.

(1) Cour Suprême d'Allemagne. 7^e Chbre. Rev. Gén. des Ass. Terr. 1934. 221.

Cette théorie nous semble indiscutable. Et c'est pourtant parce qu'on n'en a pas jugé nettement ainsi que nous assistons depuis cinquante ans à une sorte d'oscillation pendulaire entre les compagnies-vie et les compagnies-accidents, chacune prétendant couvrir ce risque ou au contraire l'abandonner à l'adversaire selon des résultats commerciaux avantageux ou non. Après 1905, nous l'avons vu, les compagnies-vie cessèrent l'exploitation de l'Assurance Complémentaire, poussées d'ailleurs plus par le manque d'intérêt que par la logique juridique. Mais, au moins, celle-ci se trouvait satisfaite. Le fait que depuis 1926 et 1930 elles peuvent à nouveau pratiquer ce genre d'assurance a donné naissance à un régime qui, si l'on veut bien le regarder d'un peu près, est proprement incohérent. En particulier les compagnies-vie ne sont autorisées à pratiquer la co-assurance du risque d'invalidité que sous la forme de la libération du service des primes et d'une rente d'invalidité pouvant s'élever jusqu'à 10 % maximum du capital assuré. Il en résulte que la garantie d'un capital double en cas de décès par accident ne peut être assuré par les compagnies-vie mais par les compagnies-accidents seulement. Pourquoi? Nous avouons ne pas voir la raison pour laquelle une compagnie-vie ne garantirait pas un capital supérieur, la prime subissant, bien entendu, l'augmentation proportionnelle. Le fait que la mort est la conséquence d'un accident ne supprime pas la réalité du décès et, d'ailleurs, il n'est venu à l'idée d'aucune compagnie-vie de refuser sa prestation aux bénéficiaires d'un assuré décédé accidentellement. Alors, pourquoi supprimer cette éventualité de l'Assurance Complémentaire? Nous comprenons bien que les raisons qui ont dicté les décisions du Comité Consultatif sont d'ordre commercial : nécessité d'éviter la concurrence à l'assurance individuelle. Nous demandons seulement

pourquoi l'on a admis alors que les compagnies-vie puissent verser des rentes d'invalidité, l'invalidité nous semblant sans conteste, encore moins de leur domaine que le risque de mort accidentelle. Pourquoi, enfin, le taux de cette rente reste-t-il fixé à 10 % maximum pour les compagnies-vie? Cela donne, par *a contrario*, la possibilité aux compagnies-accidents d'en proposer d'un taux supérieur. Et si l'on a voulu, comme ce doit être la raison profonde de l'autorisation accordée aux compagnies-vie, permettre aux assurés en Complémentaire-vie de bénéficier de la réglementation stricte visant les Sociétés d'assurance sur la vie et de son contrôle protecteur, nous demandons pourquoi l'on n'a pas purement et simplement supprimé des opérations des compagnies-accidents le service de la rente d'invalidité. Car, quelle protection, dans le régime actuel, l'assuré pourrait-il avoir contre une compagnie qui l'allècherait par des promesses de rente allant jusqu'à 20 ou 25 % du capital assuré?

A vrai dire, nous n'envisageons que des hypothèses que la pratique réduit à peu de choses. L'Assurance Complémentaire est pratiquée par quelques compagnies-vie, mais le plus souvent par une compagnie-accident, filiale ou société-sœur de la société-vie. Il en résulte une communauté de vues telle que les compagnies indépendantes, tant sur la vie que contre les accidents, suivent les directives générales. La tendance est, d'ailleurs, à la suppression du capital double et à la réduction du taux de la rente à 5 % maximum, et cela, comme nous le verrons plus loin, est tout à fait raisonnable. Ainsi l'inconvénient du régime hybride de la Complémentaire-vie se trouve ramené à une antinomie de principe.

Il n'en demeure pas moins que ce régime est boiteux et qu'il faut souhaiter une réglementation prochaine.

L'Assurance Complémentaire, nous pensons l'avoir

démontré, ne participe au contrat-vie que par ce que nous appellerons des formalités contractuelles. Accessoire de l'assurance sur la vie, il est bien obligé que le Contrat Complémentaire la suive dans son évolution, sa conclusion. Mais par ce seul fait que l'ouverture du droit aux prestations dépend d'une cause accidentelle ou morbide, il n'est pas douteux que l'Assurance Complémentaire est, d'esprit et de nature, une assurance-accident. Il n'y a donc aucune raison de lui appliquer le contrôle prévu pour l'assurance sur la vie.

Le décret du 30 décembre 1938 coordonnant les règles générales relatives à la constatation, au fonctionnement et particulièrement au contrôle des organismes d'assurance, réduit en pratique ces objections à peu de chose. Mais par cela qu'il n'envisage aucunement l'Assurance Complémentaire, il est à se demander si les règles antérieures des circulaires de 1926 et de 1930 demeurent valables et si, dans la négative, l'agrément donné par le Ministère du Travail aux Sociétés comportant des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, se complètera, sans difficulté de l'agrément donné à ces mêmes Sociétés, de pratiquer les opérations d'assurance contre les risques d'accidents corporels et les risques d'invalidité et de maladies. De toutes façons, l'incohérence doit cesser.

Il est permis de penser que la nouvelle organisation, qui sera sans doute cause de la disparition d'un certain nombre d'entreprises, offrant peu de surface, mais beaucoup de combinaisons alléchantes, concentrera, dans les mains de compagnies sérieuses, les portefeuilles d'Assurance Complémentaire, consolidant ainsi la position des compagnies-accidents, filiales des compagnies-vie, qui, en pratique, possèdent la quasi-totalité de ce genre d'affaires, et qu'alors, l'Assurance Complémentaire, cessant d'être pratiquée par les Sociétés

d'assurance sur la vie, soit par les dispositions de la nouvelle organisation elle-même, soit par voie de décisions du Conseil supérieur des Assurances privées, soit peut-être par la simple logique commerciale puisque les objections actuellement élevées contre les compagnies-accidents auront disparu, connaîtra un renouveau de faveur, en retrouvant, pour employer un mot à la mode, son « climat » juridique.

CHAPITRE II

La Couverture de l'Invalidité.

L'Assurance Complémentaire est proprement l'assurance du risque invalidité. Nous avons montré, au début de notre étude, que l'édifice de prévoyance d'un assuré sur la vie pouvait brusquement s'écrouler à la suite d'une défaillance physique lui interdisant temporairement ou définitivement de poursuivre l'œuvre commencée. C'est donc contre les conséquences d'une invalidité que l'Assurance Complémentaire trouve sa justification. A première vue, l'ouverture du droit aux prestations stipulées par la police semble aussi aisée à établir que celle dépendant d'une police-vie : le jour où l'assuré est dans l'impossibilité de continuer à travailler pour gagner sa vie, l'assurance doit jouer.

En réalité, la question est infiniment plus complexe. La pratique des compagnies d'assurance, dans les divers pays, a montré des divergences de vue extrêmement profondes. C'est qu'en effet, personne n'est d'accord sur la notion fondamentale de l'invalidité. Selon l'état social du pays, les circonstances économiques, la pression des événements, les résultats de l'assurance du risque, et tout ceci agissant encore dans une mesure différente selon les pays, l'invalidité se conçoit comme une sorte d'incapacité générale de gagner sa vie ou, au contraire, comme une suite d'infirmités restrictivement énumérées.

Il est donc nécessaire d'étudier de quelles diverses façons on peut concevoir l'invalidité, d'induire de cette étude une définition générale, et, partant de cette définition, d'en déduire les conséquences pour l'Assurance Complémentaire. Il nous apparaîtra ainsi, peu à peu, l'opposition très nette entre une formule large d'invalidité qui serait dans son esprit, plus humaine, plus sociale, et la formule restrictive généralement adoptée par les compagnies d'assurance. Nous tenterons une conciliation entre les deux, tout en faisant cette remarque que les résultats passés de l'Assurance Complémentaire semblent nécessiter malgré tout la formule restrictive. Nous examinerons ensuite, sommairement, les bases techniques de l'invalidité, tables des probabilités de décès des personnes valides, des personnes invalides, tables donnant les taux annuels d'entrée en invalidité, qui forment avec les tables de morbidité le matériel statistiques de l'Assurance Complémentaire. Enfin, nous verrons, dans une section spéciale, la sélection des risques en général, réservant pour le chapitre suivant la sélection considérée du point de vue médical.

SECTION I

LA NATURE DE L'INVALIDITE

Sans prétendre étudier le problème de l'invalidité en détail puisqu'il a donné lieu à de multiples travaux que nous ne saurions passer en revue sous peine de rester absolument superficiel, il faut, cependant, prendre une vue d'ensemble des conceptions en présence.

L'invalidité, peut-on dire dans un sens large, est une incapacité permanente ou temporaire, totale ou par-

tielle résultant soit d'un accident, soit de la maladie, soit de la vieillesse.

Il y a donc trois sortes d'invalidité : l'invalidité accidentelle, l'invalidité morbide et l'invalidité sénile.

L'invalidité accidentelle peut survenir, ou non, au cours du travail professionnel. Dans le premier cas, elle a donné lieu, dans la plupart des pays, à une législation protectrice : ainsi la loi du 9 avril 1898 modifiée récemment encore par la loi du 1^{er} juillet 1938. Dans le second cas, l'invalidité est couverte par les compagnies privées et chacune d'entre elles a « ses statistiques propres et est astreinte à les modifier pour tenir compte des variations du risque dues, par exemple, à la nature des agglomérations, à l'évolution des modes de transport, etc. » (1)

L'invalidité morbide est couverte par certaines grandes lois sociales d'assurance (loi française sur les Assurances Sociales de 1928) et, également, mais à un degré extrêmement faible, par les compagnies privées. C'est à son sujet qu'une définition satisfaisante de l'invalidité est le plus nécessaire, comme nous le verrons par la suite.

Enfin, l'invalidité sénile est l'invalidité normale due à la diminution progressive des forces avec l'âge. Le régime d'assurance obligatoire, qui existe dans de nombreux pays, a pour but d'éviter que l'invalidité sénile tombe à la charge de la collectivité. Ainsi la loi de 1928 en France. L'assurance privée n'assure pas les conséquences sociales de l'invalidité sénile, sauf en matière d'assurances dites « de groupes », qu'il nous sera donné d'étudier plus particulièrement, et la seule question est de savoir à partir de quel âge l'invalidité peut être

(1) RISSER. Cours professé au Conservatoire des Arts et Métiers.

considérée, par elle, comme sénile. Question délicate, en particulier pour l'Assurance Complémentaire qui, liée à un contrat-vie, généralement de longue durée, devrait normalement couvrir l'invalidité jusqu'au terme de ce contrat. Nous verrons que la plupart des compagnies suspendent, au contraire l'effet de la police Complémentaire lorsque l'assuré atteint un âge variant entre 55 et 65 ans.

Mais si l'on est à peu près d'accord pour considérer l'invalidité comme résultant directement de l'un de ces trois facteurs; si, dans la pratique, on admet cette distinction entre les causes de l'invalidité, c'est la nature elle-même de cette incapacité qui reste très diversement interprétée.

Invalidité physique. — La notion la plus courante est celle d'une atteinte portée à l'intégrité corporelle. C'est la gêne, la diminution de force ou de validité qu'entraîne une mutilation, la perte ou l'altération d'un organe ou d'une fonction. Cette diminution de force ou cette réduction de validité devant être mesurées par comparaison avec la force et la validité d'un homme normal possédant tous ses organes et en bon état de santé.

Un grand nombre de législations d'assurance ou de réparation des accidents du travail prévoient l'utilisation de barèmes qui comportent, d'une part, des listes de lésions ou d'infirmités et, d'autre part, pour chaque cas, un pourcentage impératif d'incapacité. (Par exemple, en Australie, Chili, Etats-Unis, Inde, Italie, Japon.)

Cette conception d'invalidité physique est très contestable. Existe-t-il, tout d'abord, quelque base sérieuse permettant de mesurer cette invalidité physique résultant de la perte d'une fonction ou d'un organe? Est-il possible d'admettre, par exemple, que la validité d'un

homme normal étant considérée comme égale à 100, on puisse affecter chaque fonction, ou chaque organe du corps humain d'un coefficient correspondant à la place qu'il occupe dans l'ensemble? Pourquoi 60 % et 80 % pour un bras, 25 % ou 50 % pour un œil? Tout ceci reste purement subjectif et arbitraire.

Comme l'écrivait, paraît-il, un auteur français dont nous n'avons pu découvrir le nom, à propos de l'adoption de la notion d'invalidité physique pour la fixation des pensions de guerre, « l'invalidité physique ne correspond à rien : c'est de la métaphysique médicale ». De plus, l'adoption de coefficients d'invalidité physique fait complètement abstraction des éléments individuels tels que l'âge ou la profession, alors que ces éléments sont, nous le verrons, d'une importance capitale pour la détermination du préjudice, « préjudice économique », lui-même très variable selon les individus. La perte d'un œil ou d'un bras est loin, en effet, d'avoir les mêmes répercussions pour un horloger et pour un maçon, de même que les disponibilités de réadaptation fonctionnelle et de rééducation professionnelle sont, sans nul doute, différentes selon l'âge de l'individu.

En résumé, la notion d'invalidité physique, que l'on doit prendre cependant en considération pour les cas de mutilation graves, paraît nettement insuffisante pour servir de base à une assurance invalidité.

Incapacité professionnelle. — La notion d'incapacité professionnelle élargit le champ de l'évaluation de l'invalidité. D'après cette conception, l'incapacité résultant d'une maladie ou d'un accident doit être évaluée en fonction d'un emploi ou d'un groupe d'emploi, d'une profession ou d'un groupe de professions. Mais cette expression d'incapacité professionnelle couvre, en fait, des réalités assez différentes. Il peut s'agir de l'ina-

titude à l'emploi ou à un emploi analogue dans une entreprise ou un groupe d'entreprises. C'est la conception la plus étroite; on la trouve dans certaines législations d'assurances sociales en Amérique du Sud (Brésil, Argentine). Son tort c'est de mesurer les possibilités de reclassement professionnel dans un cadre, qui peut être extrêmement restreint, s'il s'agit d'une petite entreprise, ou plus large, s'il s'agit d'une grande entreprise ou d'un ensemble d'entreprises offrant une grande variété d'emplois.

On peut concevoir aussi l'inaptitude comme une inaptitude dans une industrie donnée. C'est le cas le plus fréquent dans la plupart des régimes d'assurance des mineurs et des marins : ces métiers sont, en effet, à la fois pénibles et dangereux, et surtout, nécessitent un long et difficile apprentissage; il en résulte que les mineurs et marins invalides sont peu enclins à subir une rééducation professionnelle qui leur permettrait d'exercer un métier mieux en harmonie avec les infirmités dont ils sont atteints. A noter qu'en France, par exemple, cette conception n'est pas appliquée à la détermination de l'invalidité des mineurs : leur droit à pension se fonde sur une incapacité du travail minier ou autre, au moins égale aux 2/3 (loi du 24 décembre 1923, article 2).

Enfin, cette conception d'incapacité professionnelle peut signifier incapacité de gain dans une profession ou un groupe de professions. C'est elle qu'on rencontre dans la plupart des régimes d'assurance-invalidité des employés. Elle s'inspire d'une double volonté de non-déclassement social et professionnel. L'employé invalide ne doit pas être contraint d'accepter un emploi de travailleur manuel : il doit rester dans le groupe social des employés. A l'intérieur même de ce groupe, la capacité de gain restante ne peut être évaluée en fonction d'un

emploi notablement inférieur, quant au niveau de qualification professionnelle qu'il implique, à celui de l'emploi antérieur de l'invalidé, étant donné sa formation professionnelle et ses connaissances théoriques et pratiques. On a reproché à cette conception d'élever une sorte de barrière sociale entre les ouvriers et les travailleurs non manuels et de ne pas tenir compte suffisamment des possibilités de rééducation professionnelle particulièrement grandes chez les jeunes employés. En réalité, il est parfaitement désirable d'éviter tout déclassement, tant au point de vue social qu'au point de vue professionnel. D'ailleurs, dans de nombreux pays, les employés et les ouvriers font partie du même régime d'assurance et bénéficient de la même définition légale de l'invalidité : c'est le cas notamment de la France.

Incapacité générale de gain. — La notion d'incapacité professionnelle appliquée à une profession donnée peut se trouver encore élargie en estimant les lésions, non au point de vue de cette profession, mais au point de vue des possibilités de travail et de gain dont dispose encore l'intéressé, en tenant compte de la nature et de la gravité des infirmités, de la vie professionnelle antérieure, de l'âge et de tous les autres éléments susceptibles de conditionner le reclassement de l'individu dans le monde du travail. Ce reclassement peut comporter un changement de profession ou de métier, il ne doit, en aucun cas, impliquer un abaissement trop sensible, une sorte de déchéance dans la situation de l'intéressé au point de vue professionnel.

Ce critérium d'incapacité générale de gain est à la base de nombreuses législations d'assurance-invalidité et d'assurance-accidents du travail.

Dans l'assurance-invalidité, la définition type de l'incapacité de gain est donnée par l'article 1.254 du

Code des Assurances Sociales allemand (loi du 19 juillet 1911 qui a codifié les lois de 1889 et 1899 sur les Assurances Sociales). Cette définition, souvent reproduite, est la suivante :

« Est considérée comme atteinte d'invalidité toute personne qui, dans une occupation correspondant à ses forces et à ses capacités, et où il est tenu compte, dans une mesure raisonnable, de sa formation et de la profession qu'elle a exercée jusqu'alors, n'est plus en état de gagner le tiers de ce que des personnes de sa condition, saines de corps et d'esprit et de formation analogue, gagnent d'ordinaire par leur travail dans la même région. »

On admet qu'on peut demander à l'assuré d'adapter éventuellement, et dans la mesure du possible, son travail à son état physique et d'accepter un travail d'une catégorie moins élevée, mais non une occupation à laquelle il n'est aucunement habitué : ainsi, on ne pourra exiger d'un travailleur non manuel qu'il effectue un travail manuel mais, par contre, un ouvrier qualifié pourra être requis d'accepter un travail non qualifié. Bien entendu, l'emploi envisagé est un emploi rémunéré et il n'est pas question de faire entrer en ligne de compte l'activité indépendante d'un assuré, même si elle lui procure le minimum prescrit (*Unternehmertätigkeit*).

Nous retrouvons des définitions presque équivalentes en Pologne et en Tchécoslovaquie. Par contre, en Grande-Bretagne et en France, la définition de l'incapacité est beaucoup plus sommaire.

En Grande-Bretagne, l'article 32 de la loi prescrit que :

« Dans les limites des dispositions de la loi, les prestations que celle-ci garantit aux assurés sont les suivantes :

« Des paiements périodiques sont accordés au cours

de l'incapacité de travail due à une maladie caractérisée ou à une infirmité corporelle ou mentale dûment déclarée. Cette indemnité sera allouée à partir du quatrième jour de l'incapacité et ne pourra être accordée pendant plus de vingt-six semaines (prestations dénommées dans la présente loi : « sickness benefit »).

« Pour toute maladie ou invalidité persistant après l'expiration du terme de la prestation de maladie, des allocations périodiques seront allouées pendant la durée de l'incapacité. (Prestations dénommées dans la présente loi : « disablement benefit »).

Par conséquent, il ne semble y avoir entre les deux catégories de risques qu'une simple différence de durée. Les termes de la loi sont très souples et, dans la pratique, les caisses d'assurance jouissent d'une grande latitude pour l'interpréter. Le critérium en est « l'incapacité de travail » et « incapable de travail » signifierait, d'après la définition de Sir John Anderson à la Royal Commission on National Health Insurance « physiquement incapable d'exécuter un travail qui, dans les conditions du moment, pouvait être considéré comme raisonnablement accessible à l'assuré ».

En France, le décret-loi du 28 octobre 1935 ouvre le droit aux prestations d'invalidité à l'assuré atteint d'une affection ou d'une infirmité réduisant au moins des $\frac{2}{3}$ sa capacité de travail. Le degré d'invalidité est apprécié, compte tenu de la capacité de travail restante et en faisant état des indications d'un barème établi par le Ministre du Travail, après avis de la Section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales. Cette section permanente a eu récemment à s'occuper de la définition de l'invalidité et un rapport de M. Laroque a proposé la définition suivante : serait considéré comme invalide, d'après les textes actuellement applicables en France :

« Tout assuré qui, par suite d'une infirmité ou d'une maladie, et compte tenu de son âge, de sa formation, de sa profession antérieure et de ses possibilités de reclassement, n'est plus en mesure de trouver dans la même région une place lui assurant un salaire supérieur au tiers de la rémunération habituelle des personnes de même formation jouissant de leur pleine capacité physique. »

Le docteur E. Perret, secrétaire général de l'Association des Médecins-Conseils et Contrôleurs, dans un article du *Médecin-Conseil* et dans un autre article du *Bulletin Mensuel des Allocations Familiales et des Assurances Sociales* ⁽¹⁾ constate, d'ailleurs, que, pratiquement, les caisses d'invalidité et les juridictions chargées d'apprécier l'invalidité, semblent avoir toujours posé le problème en se demandant : « Quel est le travail rémunérateur que l'assuré est encore capable de faire, malgré ses infirmités ? » Et cela paraît bien être la définition même de l'incapacité générale de gain, le travail rémunérateur s'entendant d'un travail compatible avec les occupations antérieures et la formation professionnelle de l'intéressé.

En matière d'assurance-accidents du travail, les définitions de l'incapacité, tantôt reproduisent tout ou partie des éléments constitutifs que nous venons d'analyser à propos de l'assurance-invalidité, c'est le cas au Danemark, aux Pays-Bas, en Suède; tantôt laissent un large champ à l'interprétation jurisprudentielle, comme c'est le cas, par exemple, en Grande-Bretagne, où l'incapacité est déterminée d'après la différence entre le salaire avant l'accident et celui que l'accidenté gagne ou est capable de gagner après l'accident « dans quelque

(1) *Le Médecin-Conseil*, n° 30, juin 1936, p. 337 et *Bulletin Mensuel des Allocations Familiales et des Assurances Sociales*, n° 116-117, août-sept. 1937, p. 141.

emploi ou occupation convenable » (texte codifié le 22 décembre 1925) ; tantôt, enfin, s'en remettent complètement à la jurisprudence, comme c'est le cas en France.

Pour nous en tenir à notre pays, en effet, l'incapacité, au sens de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, consiste dans une perte plus ou moins complète de l'aptitude au travail. Mais il est évident que le caractère d'infirmité totale ou partielle est une question de cas d'espèces et qu'il comporte des degrés infiniment variables, non seulement suivant la nature de la blessure, mais suivant la profession de la victime, son âge, l'état de sa santé et de multiples autres circonstances qui doivent être appréciées par les juges du fond. Il est donc normal que toutes ces questions, qui sont des questions de fait, soient tranchées par la juridiction du fait et que les interprétations jurisprudentielles servent de base à l'application de la loi. Et là aussi la remarque précitée du docteur Perret s'avère exacte, à savoir que les juridictions se conforment de plus en plus au critérium d'incapacité de gain.

En fait, il est exact de dire que la diversité que l'on rencontre dans les formules ou méthodes employées pour définir l'incapacité, n'a pas pour conséquence une diversité correspondante dans l'appréciation des circonstances. L'analogie des critères admis, par exemple, par la jurisprudence allemande concernant l'assurance accident du travail et les bases d'appréciation prévues dans la loi allemande d'assurance-invalidité est typique à cet égard. Nous n'avons pas le loisir d'y insister mais cette analogie s'explique parce que, la plupart du temps, et en Allemagne notamment, l'assurance-invalidité a repris à l'usage de ses propres institutions, l'essentiel des critères d'incapacité, antérieurement admis par la jurisprudence de l'assurance-accidents du travail.

Les conclusions du B. I. T. — Du rapide examen précédent, il découle nettement que, des trois conceptions en présence caractérisant l'invalidité, c'est celle qui la définit par rapport à l'incapacité générale de gain qui semble de plus en plus en faveur dans le domaine des assurances sociales en France et à l'étranger. En particulier, c'est elle qui fut retenue par le Bureau International du Travail à la réunion de ses experts en novembre 1936.

Les conclusions adoptées par eux font ressortir l'insuffisance de la notion d'invalidité physique qui manque de clarté et ne mesure pas le préjudice économique subi par l'intéressé et qui ne doit être, par conséquent, utilisée que comme une donnée de l'évaluation ayant pour objet de fixer les répercussions de l'état physique sur la capacité de gain. Elles reprochent, d'autre part, à la notion d'incapacité professionnelle de ne pas tenir suffisamment compte des possibilités de reclassement professionnel des invalides et d'être infiniment trop variable selon l'ampleur du cadre dans lequel ces possibilités de reclassement professionnel peuvent être recherchées. Elles considèrent, au contraire, l'application de la conception d'incapacité générale de gain comme permettant de tenir compte aussi pleinement que possible des possibilités raisonnables de reclassement et notamment des résultats éventuels de la rééducation professionnelle qui peuvent être particulièrement importants lorsqu'il s'agit de travailleurs jeunes. Cette incapacité générale de gain doit être évaluée en envisageant les conséquences de l'invalidité quant aux possibilités d'emploi et de gain, soit dans le marché du travail correspondant au groupe professionnel qui fait l'objet du régime d'assurance, soit sur le marché général du travail. Les experts préconisent d'ailleurs cette deuxième solution, faisant état des objections qu'on a

parfois élevées contre la conception de l'incapacité simplement professionnelle de gain, à savoir l'obstacle qu'elle est susceptible de faire à l'unité d'organisation, la division entre les divers salariés qu'elle cristallise et la difficulté d'utiliser pleinement les possibilités d'emploi et de gain qu'offre le marché général du travail, d'où l'accroissement injustifié de la charge des prestations d'invalidité.

En résumé, une définition de l'invalidité, applicable à un régime d'assurances sociales, doit s'appuyer sur le critère de l'incapacité générale de gain, étant entendu que la possibilité d'emploi ou de gain sera appréciée en tenant compte, dans chaque cas, des éléments individuels, et notamment :

De l'état physique;

De la formation professionnelle et de la profession antérieure habituelle;

Du groupe social;

De l'âge de l'intéressé.

L'état physique — ou intellectuel — joue sans conteste le rôle primordial dans cette appréciation des facteurs de reclassement. Il ne peut être question d'imposer au travailleur des travaux disproportionnés à ses forces. Il faut donc faire le tour des occupations jugées compatibles avec l'état physique et intellectuel de l'intéressé, mais ce cercle se trouve limité par le second facteur : formation professionnelle et profession antérieure. En effet, l'exercice d'une profession implique certaines facultés innées ou développées — dextérité, rapidité des réflexes, acuité visuelle ou auditive — et la possession de connaissances à des degrés divers. Il n'est pas licite d'exiger ou de supposer des capacités n'ayant pas de rapport avec celles dont le travailleur a dû antérieurement faire preuve.

De plus, il est nécessaire de ne pas imposer à l'inva-

lide un déracinement complet, un changement total du milieu rural ou urbain où il a vécu. De là l'obligation de tenir compte du groupe social. Enfin, l'âge constitue aussi un facteur important. On ne peut guère demander à un homme âgé de se réadapter à un nouveau métier, tandis que pour un homme jeune, un changement d'orientation professionnelle est souvent réalisable sans trop de difficultés. En outre, chez les personnes jeunes existent ce qu'on appelle des « suppléances fonctionnelles » qui sont beaucoup plus rapides et complètes que chez les personnes âgées et qui jouent parfois un rôle très important pour l'utilisation des connaissances et des aptitudes professionnelles.

Il n'est pas douteux que l'utilisation de ces facteurs élargit singulièrement la notion d'invalidité. En 1927, M. Louis Pasquet, sénateur, présentait un rapport au nom de la Commission des Finances du Sénat, où il disait notamment :

« La seule expérience prolongée d'une assurance-invalidité a été faite en Allemagne, où l'établissement du système remonte à 1889. L'on conçoit que les résultats statistiques et financiers d'une pareille assurance soient susceptibles de variations considérables suivant la définition législative de l'invalidité : suivant, en effet, cette définition, l'invalidité aura un caractère plutôt physiologique ou plutôt économique.

« L'exemple de l'Allemagne prouve, au surplus, que dans un même pays où la législation reste invariable, la probabilité d'entrée en invalidité, à un même âge, varie considérablement suivant le plus ou moins grand degré d'aisance financière des organismes d'assurance et suivant la nature plus ou moins bienveillante et plus ou moins libérale des commissions ayant mission de statuer sur l'attribution des pensions. »

Il semble que la doctrine actuelle penche de plus en

plus vers le caractère économique dans la définition de l'invalidité.

Nous dirons même que les conclusions de l'étude entreprise par le B. I. T. semblent insister pour que soit réparé, non seulement le dommage économique causé au travailleur par l'invalidité dont il est victime, en se fondant sur la notion extrêmement large d'incapacité générale de gain sur le marché du travail, mais même une sorte d'injustice sociale, assez vague dans son armature. En bref, il nous semble — et c'est une opinion toute personnelle — qu'en matière d'assurances sociales, sans doute par analogie avec ce qui se passe en matière d'assurance-accidents du travail, analogie fréquente, nous l'avons vu, on perd de vue, de plus en plus, la notion juridique simple, un peu rigoureuse, de réparation d'un dommage pour celle que l'on considère comme plus humaine, de réparation sociale, mettant à la charge de la collectivité des dommages d'espèce fort onéreux pour elle, dans l'ensemble, au nom d'un principe assez inconsistant dans sa définition.

Il reste à voir si cet élargissement de la notion d'invalidité est appliquée, ou plutôt est susceptible de s'appliquer, dans le domaine de l'assurance privée.

SECTION II

L'ASSURANCE DE L'INVALIDITE

M. Pasquet signalait, à juste raison, que la définition de l'invalidité dépendait, pour une large part, de la libéralité des dirigeants des organismes d'assurance. Ce qui est vrai pour les caisses d'assurances sociales l'est, évidemment, bien plus encore pour les organismes privés d'assurance. Ce sont souvent les résultats de

l'exploitation qui conditionnent la définition de l'invalidité. Il est juste d'ajouter que la concurrence entre les compagnies fausse le jeu de cette proposition et que la définition subit, finalement, des élargissements tels qu'elle se rapproche de celle appliquée par les organismes d'Etat.

Au sens de l'assurance privée, cette définition peut être également physiologique ou économique.

Dans le premier cas, l'assurance a simplement pour charge de réparer le préjudice physique, indépendamment de tout préjudice moral ou pécuniaire. Ce préjudice sera constaté médicalement et aucun autre élément ne sera susceptible d'intervenir. Cette définition est celle que l'on trouve dans l'assurance-individuelle contre les accidents corporels. Elle est extrêmement simple; la constatation de l'incapacité se fait facilement, puisqu'elle provient exclusivement d'un accident. Mais, applicable à l'Assurance Complémentaire, elle est insuffisante puisqu'elle ne prévoit pas le facteur maladie. Remarquons, d'ailleurs, que le risque maladie, lorsqu'il est assuré seul dans le domaine de l'assurance privée, demande à être nettement caractérisé : l'assurance-maladie, telle qu'elle est pratiquée en France, à vrai dire sur une très petite échelle, couvre bien le risque pathologique qui met l'assuré dans l'incapacité absolue de se livrer à ses occupations habituelles, mais à ce principe large, elle apporte tant de dérogations et d'exclusions que, finalement, elle ne garantit plus qu'une série de maladies limitativement énumérées à tel point qu'on a parfois appelé les polices d'après le nombre des maladies couvertes : « polices trente maladies », par exemple.

Dans le second cas, l'assurance a pour but de garantir, non l'infirmité en elle-même, mais la perte de gain qui en est la conséquence normale. Cette définition tend

à se rapprocher de celle étudiée dans le domaine des assurances sociales. Elle fait intervenir le facteur aptitude au gain en l'opposant à celui généralement adopté de capacité de travail. Il ne suffit donc pas que cette dernière ait été perdue ou diminuée, il faut, en outre, que le gain de l'assuré ait été effectivement supprimé ou réduit. Dans cette hypothèse, il n'est, bien entendu, pas question de faire intervenir les autres ressources de l'assuré, revenu ou pension, mais son gain professionnel. Prenons un exemple : un chimiste a dû subir une mutilation de la main par suite d'un accident ; mais son employeur renonce, par suite des circonstances, à réduire son traitement ; il n'en fait aucun doute que sa capacité de travail soit diminuée, mais son gain étant resté le même, il n'aura aucun droit aux prestations d'invalidité : il n'a pas subi la perte matérielle que couvre l'assurance. Par contre, si, par la suite, il peut établir que son gain est réduit du fait de cette mutilation, son droit se trouvera rétabli. Cette inaptitude au gain, critérium de l'invalidité, se rapporte à toute activité à laquelle l'assuré pourrait se livrer : par conséquent, si l'assuré peut s'adonner à un autre travail qui lui procure des ressources, il faudra en tenir compte dans l'appréciation de l'invalidité et la mesure de son degré.

Remarquons que ces deux notions d'incapacité de travail et d'inaptitude au gain ne sont nullement identiques.

La capacité de travail peut n'être pas réduite ou l'être moins que la possibilité d'aptitude au gain. Un coiffeur ou un chef de réception dans un hôtel, par exemple, ont été défigurés par une maladie ou une lésion corporelle. Il est certain que l'un et l'autre demeurent à même de remplir leurs fonctions précédentes ; leur capacité de travail subsiste comme auparavant. Mais, étant défigu-

rés, ils ne trouveront plus de travail ou du moins plus dans les conditions primitives; il leur est donc impossible d'avoir la même aptitude au gain que précédemment.

Réciproquement, la capacité de travail peut être réduite sans que l'aptitude au gain le soit. Un fonctionnaire, par exemple, qui n'a à redouter ni congédiement, ni diminution de traitement, supportera une réduction de sa capacité de travail par suite d'accident ou de maladie, avec le minimum de gêne.

De ces quelques exemples découle la nécessité d'apprécier cette incapacité de gain en tenant compte de la profession de l'assuré et de sa situation sociale. Une maladie, en effet, ou une lésion corporelle déterminée entraîne plus rapidement une invalidité plus complète dans telle profession que dans telle autre. Chez un maître d'école, par exemple, la surdité entraîne, en ce qui concerne sa profession, une invalidité totale; de même l'aphonie caractérisée chez les avocats, les chanteurs, etc. Par contre, elle ne déterminera chez un travailleur de la campagne ou un maçon qu'un degré d'invalidité beaucoup plus faible. A noter que cela ne signifie pas que le maître d'école, frappé de surdité, doive être considéré comme atteint d'invalidité totale et permanente. Il est complètement invalide tant qu'il s'agit de pratiquer l'enseignement, mais, étant donné ses connaissances, il sera en mesure d'effectuer encore d'autres travaux de nature à lui procurer certaines ressources. Nous ne pourrions dire la même chose en ce qui concerne le chanteur. Le degré d'invalidité doit donc être déterminé par le rapport des gains antérieurs aux gains actuels et tenir compte de tous les cas d'espèce. Le travailleur de la campagne, par exemple, qui perdrait une jambe serait victime d'une invalidité supérieure à celle qu'entraînerait cette même infirmité chez

le maître d'école et, comme il est à prévoir que le premier ne pourrait pas exercer un autre métier où la perte d'une jambe joue un moins grand rôle, il faudrait établir le degré d'invalidité simplement par rapport à l'ancienne activité de l'assuré comme travailleur de la campagne. Il en résulte également qu'on ne peut confier à un assuré des travaux exigeant des connaissances et des capacités auxquelles ni son degré d'enseignement ni sa profession précédente ne lui permettent de prétendre. C'est dire que la situation sociale antérieure à l'invalidité est primordiale.

Par conséquent, l'assurance-invalidité qui accepterait la notion d'incapacité de gain, de préjudice économique, comme critérium, devrait tenir compte de ces facteurs. Il en est un autre, plus délicat encore, concernant la position de l'assuré. Celui-ci, qui a souscrit à l'époque initiale un contrat qui lui garantissait une réparation représentant la fraction nécessaire et suffisante de son gain normal peut se trouver, avec le temps, dans une situation différente : meilleure ou pire. Dans le premier cas, il est sous-assuré et cela n'est grave que pour lui, mais dans le second cas il est sur-assuré et, comme, par définition, le contrat est de longue durée, il peut se faire que l'assuré ait plus de profit matériel à recevoir les prestations assurées qu'à travailler pour gagner sa vie. On voit ici intervenir le risque « moral » sur lequel nous reviendrons. Il ne faut pas que l'assuré considère l'assurance-invalidité comme une assurance-chômage. Il y aurait bien une solution : ce serait que l'assurance soit à garantie et à primes variables, révisable chaque année, sur justification des gains de l'assuré ; nous ne pensons pas qu'il soit possible de créer pratiquement cette sorte d'assurance que l'on pourrait appeler « assurance-invalidité (ou assurance-complémentaire) ajustable », mais l'idée vaut peut-être

la peine d'être creusée par une compagnie d'esprit novateur.

En résumé, l'Assurance Complémentaire est susceptible de s'appuyer sur deux bases de nature très différente : le préjudice physique ou le préjudice économique. Elle utilise très rarement la seconde. En France, en particulier, où elle se rattache presque exclusivement à la définition physiologique de l'invalidité, les conditions générales des polices se contentant de citer une liste d'infirmités susceptibles d'ouvrir le droit aux prestations.

Voici le texte généralement inséré dans les contrats des compagnies françaises :

« L'incapacité permanente complète de travail est constituée par :

« La paralysie d'une moitié du corps ;

« La perte complète de l'usage des deux membres, supérieurs ou inférieurs, à la suite de paralysie, ataxie prononcée, rétractions ou ankylose ;

« L'affaiblissement progressif des facultés intellectuelles, la perte de la faculté de langage, quand ces phénomènes seront sous la dépendance d'une lésion des centres nerveux non-susceptibles de réparation ;

« La cécité complète et incurable ; une affection chronique ayant amené un état de cachexie tel que le malade est définitivement condamné à l'immobilité ;

« La surdité complète chez les médecins et l'aphonie caractérisée chez les avocats, chanteurs, professeurs avant l'âge de 55 ans ;

« En cas d'aliénation mentale, et après trois ans de durée depuis sa constatation par la compagnie, cette dernière paiera également, par anticipation et dans les conditions prévues au contrat, le montant du capital assuré par la police d'assurance sur la vie ;

« Enfin, ce capital sera versé immédiatement et dans

les mêmes conditions que ci-dessus, lorsque l'incapacité permanente complète de travail provoquée par un accident consistera dans la perte des deux yeux, ou dans la perte complète de l'usage de deux membres, supérieurs ou inférieurs. »

Certaines polices ajoutent à la paralysie de la moitié du corps, celle de la langue. D'autres corrigent l'aspect limitatif de l'énumération par les mots « par exemple » introduits dans le premier alinéa ou encore par le début de phrase suivant : « Sont considérées comme entraînant une incapacité permanente complète les infirmités suivantes... etc. ». Une compagnie varie la formule et dit qu'elle « reconnaît comme constituant semblable incapacité, pour autant que ces infirmités aient un caractère définitif... » Mais, au fond, tout se ramène à la définition physiologique. Cela donne à l'Assurance Complémentaire un caractère assez rigoureux; nous chercherons plus loin s'il se justifie.

La définition se fondant sur le préjudice économique est par contre appliquée par certaines compagnies étrangères. Ainsi, une grande compagnie suisse insère dans ses conditions générales le texte suivant :

« Définition de l'invalidité. Il y a invalidité, dans le sens des présentes conditions d'assurance, lorsque, par suite de maladie ou de lésion corporelle, l'assuré est devenu totalement ou partiellement incapable de gagner sa vie; pour apprécier cette incapacité l'on tiendra compte de la profession de l'assuré et de sa situation sociale. »

D'autres compagnies, d'après l'auteur d'un article paru dans *L'Assurance Moderne* (1) inséreraient même la clause suivante :

« Lorsqu'un accident ou une maladie entraînera pour

(1) *L'Assurance Moderne*, n° 1.199, 15 mars 1935, par N. LORRAIN.

l'assuré une incapacité complète de travail l'empêchant d'exercer sa profession... les prestations seront dues à l'expiration d'un délai de quatre mois... jusqu'à l'échéance du contrat-vie, ou jusqu'au décès de l'assuré s'il survient avant cette date, ou jusqu'à la guérison ».

Cette clause, qui est d'une extraordinaire libéralité, est, d'après l'auteur de l'article, très exceptionnelle, si tant est qu'elle ait jamais été appliquée. Nous le pensons volontiers et n'avons pu découvrir son existence dans les diverses polices que nous avons examinées.

Elle se rapprocherait singulièrement du système qui fut en vigueur, il y a quelques années, aux Etats-Unis, dans lequel une incapacité totale de travail supérieure à 90 jours était considérée comme une invalidité totale et permanente. Cette clause fameuse dite « des 90 jours » et qui fit couler tant d'encre en Amérique, s'opposait à la règle générale qui exige la démonstration médicale du caractère définitif de l'invalidité. Elle fut la cause de tant de déboires que les compagnies américaines qui l'avaient adoptée en 1921, à l'exemple de la Compagnie New-York Life, l'ont actuellement totalement abandonnée.

SECTION III

ESSAI D'UNE DEFINITION EQUITABLE DE L'INVALIDITE APPLIQUEE A L'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE

L'Assurance Complémentaire, venons-nous de voir, se heurte aux concepts divers sur la nature de l'invalidité. A la fin tout se ramène à deux cas limites entre lesquels il devait être possible de trouver une définition, plus libérale, tout en demeurant prudente. On trouve

ainsi un ordre croissant d'intensité des risques qui est le suivant : (1)

1° *Incapacité totale et définitive de se livrer à un travail pouvant donner lieu à rémunération.* — Le risque est minime. A ce point même que l'intéressé ne concevra pas à son sujet la nécessité de l'assurance. Il est vrai que la couverture pourrait être proposée à un tarif également minime, peut-être même gratuitement. Mais alors nous retrouverions une « garantie-appât » comme celle que nous avons déjà jugée inacceptable en matière de triplement de capital en cas d'accident de chemin de fer : ces sortes de primes commerciales ne peuvent que dénaturer l'esprit dans lequel l'assurance doit être envisagée ;

2° *Incapacité totale et définitive résultant d'infirmités désignées limitativement.* — Nous avons vu que cette liste limitative, que l'on peut admettre en assurance individuelle, dont le sinistre est purement accidentel, paraît trop rigoureuse pour l'Assurance Complémentaire où le risque morbide intervient ;

3° *Incapacité totale et définitive résultant d'infirmités graves dont une liste est donnée à titre d'exemple.* — C'est la définition de nombreuses polices d'assurance, et nous avons déjà cité une liste d'infirmités type. Certains auteurs font grief à cette liste d'envisager « la surdité complète chez les médecins et l'aphonie caractérisée chez les avocats et les professeurs, avant l'âge de 55 ans » et s'en inquiètent. Nous pensons au contraire que cette clause est un adoucissement à la rigueur de la liste, dont le caractère énonciatif n'est pas formellement indiqué, et qu'il est utile de couvrir spécialement

(1) *Assurance Moderne*. N. LORRAIN, op. cit.

ces risques inhérents à des professions libérales ou artistiques, parmi lesquelles le reclassement et la rééducation sont particulièrement difficiles ;

4° *Incapacité totale et définitive d'exercer sa profession en raison d'infirmités* « par exemple les suivantes... » (liste précitée). — Là encore nous ne sommes pas d'accord avec l'auteur auquel nous empruntons ce passage : « Cette formule, écrit-il, n'a pas la netteté, disons même la franchise des formules 2 et 3 car elle en a la sévérité tout en laissant croire à une vague libéralité, grâce à l'adjonction des mots « sa profession ». Elle permet, au contraire, à notre avis, de faire intervenir dans la discussion l'élément professionnel qui en élargit la base, tout en rendant impossible une extension exagérée, par l'obligation de se reporter aux infirmités énumérées à titre d'exemples. Elle est, pour l'assuré, la certitude que l'on tiendra compte d'autre chose que du caractère physiologique de son infirmité ; elle est, pour la compagnie, l'assurance qu'une juridiction ne l'obligera pas à payer un sinistre qu'elle n'avait pas prévu et pour lequel la tarification du risque était naturellement inadéquate. Nous la préférons de beaucoup à la suivante ;

5° *Incapacité totale et définitive d'exercer sa profession par suite d'infirmité*. — Celle-ci est, en effet, la source certaine de contestations multiples. Elle se rapproche de celle que l'on applique aux Assurances Sociales et ne peut donc être pour les organismes privés d'assurance, qui doivent maintenir l'objet commercial de leurs entreprises, que l'origine de graves déboires ;

6° *Incapacité totale de travail donnant droit aux prestations après un délai de quelques mois, sous réserve d'arrêt à la guérison*. — Ce fut la formule américaine.

Nous savons déjà qu'il ne faut pas s'y arrêter, son expérience ayant été déplorable.

En réalité, comme le dit parfaitement l'auteur de l'article, l'invalidité qui doit être couverte par l'assurance et dont l'estimation mesurera la prime à payer « est une éventualité ni purement physiologique, ni purement économique, dont la définition est celle-ci : c'est la limite à partir de laquelle on consent à payer le sinistre ». Mais d'autre part il faut « que l'assuré soit hors d'état de se livrer à un travail quelconque qui serait encore compatible avec son légitime souci de dignité humaine et qui lui procurerait encore de suffisantes ressources ». Et il ajoute : « Ce qui est bien caractéristique dans l'assurance des risques d'invalidité, c'est qu'au moment où l'on approche de l'équité, on est bien près de tomber dans le vague ». Nous ne le contredirons pas sur ce point !

Il nous semble donc qu'une définition suffisamment libérale de l'invalidité appliquée à l'Assurance Complémentaire, doit tenir compte *à la fois* du préjudice économique et du préjudice physiologique. Préjudice économique : abandon forcé par l'assuré des occupations qui lui procuraient son gain. Préjudice physiologique : diminution de la vitalité physique, contrôlée par tout arbitre de bonne foi, en l'espèce le médecin ; diminution qui a pour conséquence la perte définitive de sa capacité de gain dans la même catégorie de professions.

La question demeure de savoir s'il faut, dans la définition, maintenir la liste d'infirmités que l'on trouve généralement dans toutes les polices. Contrairement à l'opinion qui semble se faire jour, qu'un principe général comme celui de « diminution de la vitalité physique » est infiniment préférable parce qu'il permet de contrôler tous les cas d'espèce, nous pensons qu'il est de l'intérêt des compagnies de conserver une énumé-

ration, même non limitative. La définition libérale que nous faisons pressentir a besoin d'être resserrée, freinée pourrait-on dire, par quelques éléments de prudence. Ces éléments permettront à la tarification de s'établir sur quelques bases fixes, et c'est dans ce domaine, déjà par trop large, une nécessité absolue. Enfin un élément non négligeable est celui de l'opinion de la clientèle assurable. On sait qu'à tort ou à raison celle-ci prête aux compagnies d'assurance des desseins ténébreux dont le but serait finalement d'échapper à leur obligation de payer le sinistre dans son intégrité. Une clause imprécise, dans la police, bien qu'au fond préférable pour l'assuré, lui semblera toujours un piège à contestations. Nous l'avons jugé, par nous-mêmes, à l'occasion des assurances individuelles, où, contrairement à la plupart des compagnies, quelques compagnies, étrangères surtout, préféraient laisser au libre arbitre du médecin la latitude de fixer le degré d'invalidité de l'assuré et le pourcentage auquel il avait droit. Certaines y ont renoncé, la clientèle assurable préférant visiblement les clauses où on lui indiquait d'avance les infirmités dont elle pourrait être victime et le pourcentage des prestations correspondant.

En résumé, une définition, à la fois prudente et libérale de l'invalidité en Assurance Complémentaire nous paraîtrait être la suivante :

« Il y a invalidité, dans le sens des présentes conditions d'assurance, lorsque l'assuré est devenu définitivement incapable d'exercer sa profession ou une profession similaire, lui procurant un gain en accord avec sa situation sociale, par suite des maladies ou des lésions corporelles énumérées ci-après. Cette énumération n'a pas le caractère limitatif, les cas d'espèce pouvant être valablement examinés par la compagnie. »

On pourra peut-être nous objecter que la dernière

phrase ouvre la porte à toutes les chicanes et détruit ce qu'on voudrait éviter : les engagements imprévus. Nous répondrons qu'il s'agit de concilier une formule exagérément rigoureuse qui ne réalise que trop imparfaitement le but de l'Assurance Complémentaire et est certainement, pour une bonne part, dans la désaffection de la clientèle assurable à son égard, et une formule qui, par analogie avec les systèmes publics d'assurance, aurait un caractère tellement large qu'elle conduirait rapidement les organismes privés d'assurance, qui n'ont pas l'impôt comme contre-poids, à des règlements onéreux mettant en péril leur équilibre financier.

Quels que soient les moyens pratiques mis en œuvre (commission médicale, par exemple) nous insistons sur ce fait que l'assurance invalidité dans le domaine de la Complémentaire-Vie doit voir s'élargir ses formules, non par des innovations, publicitaires et dangereuses, mais par un examen approfondi de tous les cas particuliers. Là est, à notre sens, la solution qui s'approche le plus de l'équité, tout en gardant encore à la définition de l'invalidité un caractère suffisamment strict pour que les compagnies n'aillent pas au devant de déboires certains.

Ajoutons qu'en tout état de cause une disposition essentielle doit s'intercaler dans les conditions générales de la police : celle qui déclare que l'invalidité doit être la conséquence d'une maladie ou d'une lésion corporelle, qu'il y a une relation de cause à effet entre la maladie ou la lésion et l'invalidité. Cela a besoin d'être explicitement précisé. D'abord parce qu'il importe à la compagnie que ses assurés et elle-même soient prémunis contre une utilisation abusive de l'assurance ; en particulier, qu'elle ne soit pas assimilée à une assurance chômage : quand l'assuré est à même d'exécuter un travail mais que le travail lui fait défaut, par suite des cir-

constances défavorables, il y a chômage et non invalidité. Ensuite parce qu'il y a des cas où l'invalidité existe réellement sans être la conséquence d'un état morbide : un écrivain ou un compositeur perd ses dons artistiques, la voix d'un chanteur perd sa beauté sans qu'on puisse constater une modification pathologique des cordes vocales, etc... Il n'y a pas de relation de cause à effet. Il n'y a pas assurance. Nous avons même vu une compagnie suisse prévoir qu'il n'y a pas assurance lorsqu'une danseuse cesse d'être svelte, sans cause pathologique !

Enfin, rappelons que la définition de l'invalidité telle que nous la donnons ci-dessus, fait apparaître les conséquences que nous prévoyions au début de cette étude. Son application ne permettrait plus aux compagnies sur la vie d'exploiter l'Assurance Complémentaire ; elle souleverait trop de problèmes indépendants « d'engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine » et les opérations des compagnies-vie ne resteraient plus alors dans les limites, expressément indiquées par la loi du 17 mars 1905 et que ni le décret-loi du 14 juin 1938, ni le règlement d'Administration Publique du 30 décembre 1938 n'entendent, croyons-nous, élargir. Nous ne pensons pas que le destin de l'Assurance Complémentaire puisse s'en ressentir, bien au contraire. C'est un point que nous avons largement développé.

SECTION IV

INVALIDITE TOTALE OU PARTIELLE INVALIDITE PERMANENTE OU TEMPORAIRE

L'invalidité peut être totale ou partielle. L'invalidité totale a fait l'objet de toute notre étude précédente, puisque c'est, en définitive, la seule qui soit assurée par

les compagnies françaises. Nous n'y reviendrons pas.

A vrai dire il est fort difficile de tracer une ligne de démarcation entre l'invalidité totale et l'invalidité partielle et nous pensons que la définition de l'invalidité que nous avons donnée engloberait souvent des cas d'invalidité partielle. Nous croyons même que ce serait souhaitable. Car, en vérité, quelles raisons plausibles peut-on donner pour refuser le bénéfice de l'assurance à un assuré dont le degré d'invalidité atteint 75 % par exemple ? Est-ce que la perte d'une jambe n'est pas une réalité aussi indiscutable que celle des deux jambes ? Nous ne voyons pas bien pourquoi l'assuré affligé de cette infirmité resterait assimilé à l'homme pleinement valide. Nous entendons qu'il faut éviter des abus. Mais de nombreuses compagnies étrangères, suisses par exemple, ont prévu la couverture de l'invalidité partielle et la pratiquent sans désagrément. Elles appliquent simplement un pourcentage d'invalidité au-dessous duquel l'assuré n'a droit à aucune prestation. C'est qu'en effet les degrés d'invalidité peu élevés sont plus fréquents que les degrés élevés et, à vouloir les couvrir, on provoquerait un fort renchérissement de l'assurance. D'ailleurs, envisagée du point de vue de l'assuré, une infirmité partielle minime ne lui cause que peu de gêne dans son « aptitude au gain » et la protection de l'assurance ne lui apparaît pas comme une nécessité pressante. En pratique, les compagnies qui garantissent l'invalidité partielle ne la couvre que lorsqu'elle atteint un degré supérieur à 25 %. En outre, la garantie de l'invalidité partielle supprime une bonne part des motifs de contestation entre assureur et assuré, en particulier lorsqu'un assuré totalement invalide redevient partiellement apte à effectuer un travail rémunérateur et l'on sait que beaucoup de médecins considèrent qu'il n'existe pas de maladies définitivement incurables ;

dans ce cas l'assuré perd tout droit à la rente d'invalidité au regard des compagnies françaises. On ne peut nier que cette iniquité ouvre la porte à toutes sortes de discussions indésirables.

L'invalidité, d'autre part, peut être permanente ou temporaire. Les conditions de police diffèrent essentiellement suivant qu'elles comportent la couverture de l'invalidité permanente et celle aussi de l'invalidité temporaire. Il est, en effet, dans le premier cas, très difficile et souvent impossible, de décider au début si l'invalidité revêt un caractère permanent ou temporaire et cette circonstance fait naître des difficultés nombreuses. C'est la raison pour laquelle on garantit fréquemment l'assurance « présumée définitive » en fixant un délai à l'expiration duquel la compagnie s'engage à payer les prestations convenues. Nous examinerons ces modalités en étudiant les prestations de l'Assurance Complémentaire. Disons tout de suite qu'il est utile que cette invalidité temporaire soit garantie. Si, en effet, il est évident que la distinction entre l'assurance contre la maladie et l'assurance contre l'invalidité est plus difficile dans les cas d'invalidité temporaire que dans ceux d'invalidité permanente, et qu'en conséquence le délai de présomption doit être plus long dans le premier cas que dans le second, il est, néanmoins nécessaire que ces deux sortes d'invalidité soient prévues au contrat. Il suffit de penser à un assuré tuberculeux qui doit faire un séjour de plusieurs années dans un sanatorium : incapable temporairement de gagner sa vie, il doit pouvoir bénéficier des prestations de l'Assurance Complémentaire. Mais comme, d'autre part, cela risque d'imposer de lourds sinistres à la compagnie, nous verrons que la prestation prévue pour le cas d'incapacité temporaire doit se borner à la seule libération du paiement des primes.

SECTION V

LES BASES TECHNIQUES
DE L'ASSURANCE INVALIDITÉ

Notre but n'est pas de présenter la théorie mathématique de l'assurance invalidité, que le risque soit d'origine morbide, sénile ou accidentelle. Nous voudrions seulement examiner ici le matériel statistique dont dispose l'assurance invalidité et les divergences frappantes qu'il présente. En indiquant les éléments utilisés le plus souvent par les compagnies d'assurance, nous ouvrirons la voie au calcul de la prime dans le risque Assurance Complémentaire, tel qu'il sera étudié, d'ailleurs succinctement, au Chapitre V.

L'assurance invalidité se fonde sur le calcul des probabilités. Les probabilités qu'il est nécessaire de connaître sont les suivantes :

1° Probabilité pour une personne valide de devenir invalide dans le courant de l'année suivante ;

2° Probabilité pour une personne invalide de décéder l'année suivante ;

3° Probabilité annuelle de décès des personnes valides.

Probabilité pour une personne valide de devenir invalide.

Les expériences faites sur des groupes homogènes tendent à établir le nombre présumé de personnes valides qui, entre un âge donné et l'âge suivant, deviendront invalides. Les chiffres obtenus qui donnent ce qu'on appelle les fréquences ou les taux d'invalidité et leurs valeurs pour tous les âges sont recueillis dans des tables dites tables d'invalidité.

Ces tables d'invalidité présentent des « caractères

différents suivant le groupe d'observations et l'influence qu'ont les facteurs de discrimination ». (1) En particulier des groupes comme le personnel des houillères ou celui des chemins de fer ont fourni un champ très riche d'observations.

Nous avons groupé dans le tableau I (page 83) un certain nombre de tables d'invalidité parmi les plus connues en choisissant les renseignements qu'elles offrent pour les âges 25, 30, 40, 50, 60 et 65 ans, ceci par mesure de simplification. Passons-les brièvement en revue :

1° *La Table Caron* est insérée dans une étude plus générale concernant le corps des mineurs publiée à Berlin en 1888 : « Die Anfäng des Knappschaftsverein und die allgemeine Arbeiterversicherung » et représente une enquête faite pour les années 1870 à 1879 ;

2° *La Table Zimmermann* s'applique au personnel des Chemins de fer. Nous avons reproduit les taux annuels d'entrée en invalidité concernant le personnel des trains (Zimmermann I) et ceux concernant les cheminots proprement dits, non compris le personnel roulant (Zimmermann II). Etude publiée à Berlin en 1887, 1888, 1889 et 1892 sous le titre : « Beiträge zur Theorie der Dienstumfähigkeits » et présentant les résultats de deux enquêtes portant sur les années 1869-1884 et 1868-1884. A noter la différence assez importante des taux entre le personnel I et le personnel II, caractéristique de la distinction entre les professions manuelles et les professions sédentaires ;

3° *Table de Behm*. — Elle met en valeur les observations faites en 1887 parmi des ouvriers de diverses industries, en tenant compte de l'incapacité profession-

(1) A.-R. DOH. *Op. cit.*

nelle et non plus seulement de l'incapacité générale de travailler. Son taux devrait donc être plus élevé. Or il est inférieur à celui de la table Zimmermann II concernant le personnel sédentaire. Cette disparité s'explique fort bien quand on tient compte de ce fait que le droit aux prestations a été étendu pour le personnel des chemins de fer allemand à des cas moins graves ;

4° *Tables de Riedel*. — Elles s'appliquent également au personnel allemand des chemins de fer, personnel sédentaire, pour la période 1882-1889. Elles ont été publiées dans une étude parue dans l'*Assekuranz Jahrbuch* de 1907 qui porte ce titre un peu long « *Dienstunfähigkeits-Ausscheidungstafel für Bureaubeamte berechnet auf Grundlage des gesamten sich auf die Berufsgruppe der Bureaubeamten beziehenden Beobachtungsmateriales des Vereins deutschen Eisenbahn verwaltungen* ». A remarquer que leurs taux sont légèrement inférieurs à ceux des taux des tables Zimmermann ;

5° *Table « Statistiques de l'assurance allemande »* établie par le rapport financier de 1914 sur les résultats des Assurances Sociales allemandes. Nous n'avons donné que les observations se rapportant aux hommes. Elle envisage également l'invalidité des femmes et les taux indiqués, assez proches de ceux des hommes de 20 à 25 ans, s'en écartent rapidement pour atteindre presque le double entre 35 et 50 ans. C'est cette table qui a été prise en considération lors des travaux préparatoires de la loi française sur les Assurances Sociales ;

6° *Table de Hunter*, dite des « *Fraternal Orders* » publiée dans le XII^e volume de « *Transaction of Actuarial Society of America* ». Elle apparaît comme pré-

sentant une progression beaucoup moins rapide que les autres tables, mais cela provient uniquement de ce fait que l'expérience de Hunter exclue les cinq premières années ;

7° *Tables suisses I. M.* — Elles ont servi de base pour les calculs concernant l'assurance groupe en Suisse. Elles ont d'ailleurs été calculées artificiellement en s'appuyant sur l'hypothèse que le taux d'invalidité double tous les cinq ans. Il s'en suit une progression très sévère et très rapide. La table concernant les femmes (I. F.) présente des taux qui sont, dans l'ensemble, double de ceux des hommes, avec naturellement la même progression. Les calculs faits, en prenant ces tables pour base, conduisent donc à des primes élevées ;

8° *La Table de R. Ottaviani* est également une table relative au personnel des chemins de fer mais italien. Elle se rapporte à la période 1885-1914 et a été communiquée par son auteur au Deuxième Congrès National de la Science des Assurances à Trieste en 1932 sous le titre « Una importante statistica italiana di invalidità ». Les taux sont inférieurs, dans l'ensemble, aux taux indiqués par les tables de Zimmermann et de Riedel pour des employés de la même catégorie ;

9° *Table des Cheminots Italiens sédentaires.* — Elle concerne la période 1902-1914 et fait suite à une première étude portant sur la période 1885-1901. La table Ottaviani ci-dessus a combiné les résultats de ces deux tables ;

10° *Table Hunter-New York Life.* — Elle a été basée sur les expériences de la compagnie New York Life, d'après son portefeuille. Mais pour sa construction on a appliqué pour la première fois une méthode qui, au

point de vue commercial, paraît présenter une plus grande valeur. Au lieu, en effet, d'étudier le rapport du nombre de têtes sinistrées au nombre de têtes soumises au risque, on a examiné le montant des sinistres par rapport aux capitaux en cours. Les deux périodes envisagées (1921-1925 et 1926-1928) partent de 1921, date à laquelle, nous l'avons vu, la New York Life garantissait, outre l'exonération des primes, une rente mensuelle de 1 % du capital en considérant l'incapacité totale de travail supérieure à 90 jours comme présentant le caractère permanent. Cela justifie l'importance des statistiques de Hunter. Là aussi les tables indiquent des taux d'invalidité pour les femmes qui sont sensiblement le double des taux masculins ;

11° *Tables Sucro*. — Elles concernent les employés des Chemins de fer bavares durant la période 1890-1914. Elles ont été adaptées par H. Grieshaber en 1922 sous le titre « Les bases techniques de la Caisse d'assurance des fonctionnaires, employés et ouvriers fédéraux ». Les taux paraissent élevés en comparaison des chiffres des autres tables sur le personnel des chemins de fer ;

12° *Table américaine Inter Company*. — Elle représente le résultat des travaux effectués par le Comité de l'Actuarial Society of America, en 1926, sur le portefeuille de 29 compagnies (23 américaines et 6 canadiennes). Ces études portèrent, nous l'avons déjà dit, sur un nombre de cas très important. Nous reproduisons les résultats concernant une classe de risques, dite classe I, qui comportait des polices prévoyant le paiement d'une rente mensuelle pendant l'invalidité mais sans clause « des 90 jours » : ils portent sur 5.857 sinistres par rapport à 5.451.221 têtes exposées.

Mais le comité étudia également, sous le titre classe II et classe III, les polices comportant la clause des 90 jours : il observa 5.638 sinistres sur 1.764.706 têtes exposées. C'est dire que la table enregistra pour les classes II et III des taux presque triples des taux de la classe I. Voici à titre d'exemple les taux ajustés d'entrée en invalidité de 5 ans en 5 ans d'âge pour les diverses classes (taux pour mille) :

Age —	Classe I —	Classe II —	Classe III —
20	1,68	2,88	4,35
25	1,69	2,55	4,12
30	1,72	2,38	4,05
35	1,80	2,45	4,21
40	1,99	2,87	4,73
45	2,31	3,82	5,78
50	2,86	5,55	7,60
55	3,91	8,42	10,57

A noter que la table n'a pas distingué entre les femmes et les hommes ;

13° *Table des pensions suédoises.* — Ces tables ont été établies pour l'assurance invalidité et vieillesse à Stockholm en 1930 par le Comité de révision de l'Assurance Pension Nationale en Suède. Elles portent sur des observations faites dans la période 1921-1925. Elles ont tenu compte de la profession dans la notion de l'invalidité puisqu'elles ont appliqué la définition donnée par la loi du 30 juin 1913 sur l'invalidité-vieillesse : « incapacité définitive de gagner sa vie par une profession analogue à celle pratiquée par l'intéressé avant son invalidité ». Elles présentent également une étude sur le taux d'invalidité comparé hommes et femmes mais, contrairement à ce que nous avons fait ressortir dans les différentes tables précitées, sauf la

TABLEAU I

TABLES	AGE					
	25	30	40	50	60	65
Caron	3,7	4,7	12,8	43,4	103,3	»
Zimmermann I	1,2	2,8	7,4	21,6	76,2	»
Zimmermann II	0,54	0,96	3,82	13,75	54,27	»
Behm	0,38	0,76	3,05	12,18	48,73	97,47
Riedel.....	0,57	0,80	3,40	9,24	36,31	78,34
Statistiques de l'Assurance Allemande (Hommes)...	1,43	2,07	3,58	13,10	48,72	97,47
Hunter (Fraternal orders)..	0,53	0,56	0,83	1,70	5,40	12,39
Tables suisses I. M.....	0,50	1	4	16	64	128
Ottaviani	0,80	0,82	2,32	9,38	42,68	75,55
Cheminots Italiens (1902-1914)...	1,46	1,31	2,25	6,66	42,55	78,48
Hunter New-York Life { 1921-25. .	»	3,99	5,57	9,21	»	»
{ 1926-28. .	4,66	5,62	7,06	11,81	»	»
Sucro (Grieshaber)	1,66	2,45	4,59	11,67	55,70	152,49
Table Inter-Company	1,69	1,72	1,99	2,86	5,81	»
Pensions Suédoises (Hommes)	2,1	2,7	4,3	7,3	18,8	42,5

Taux 0/00 annuels d'entrée en invalidité.

précédente, les taux sont très peu différents : ce n'est qu'à partir de 36 ans que les taux féminins croissent, légèrement d'abord, puis sensiblement de 50 à 60 ans.

La simple lecture de l'ensemble du Tableau I montre un énorme désaccord entre ces différentes tables. Il en est ainsi chaque fois que l'on compare des études faites dans des pays différents sur des groupes différents. On cite toujours comme exemple de cette assertion la table de mortalité scandinave de 1906, dite des 19 compagnies ou de la Hafnia, comparée à l'Indian Table de Bombay : à 40 ans il y a une différence du simple au double, les taux de mortalité étant de 6,44 pour mille dans la première table et de 12,63 dans la seconde (A noter que pour ce même âge la Table française A. F. donne le taux de 9,75 pour mille, sensiblement la moyenne). Les tables d'invalidité sont encore plus divergentes. Ainsi sur notre tableau, pour ce même âge de 40 ans, la Table Hunter-Fraternal Orders et la Table Inter-Company donnent respectivement les taux de 0,83 et 1,99 qui sont les plus bas tandis que les taux les plus élevés sont donnés par la Table Caron, la Table Zimmermann I et la Table Hunter New York Life : 12,8, 7,4 et 7,6 — c'est-à-dire trois à dix fois supérieurs — Ces différences sont énormes ; elles viennent simplement de ce que les faits étudiés ne sont eux-mêmes pas semblables, surtout pour cette raison que l'invalidité a été fort différemment comprise selon les individus et les groupes assurés et selon les pays où se firent les enquêtes et où s'applique le régime d'assurance envisagé.

Il est donc nécessaire quand on veut utiliser pratiquement les résultats des tables d'invalidité pour le calcul des primes et des réserves de poser nettement le caractère de l'invalidité que l'on veut assurer, de rechercher quelle invalidité correspond aux tables dont

on dispose et de choisir celles qui s'appliquent le plus au risque que l'on désire garantir. Cela semble une vérité simpliste et c'est, pourtant, faute de l'avoir observé, que les compagnies d'assurance se sont engagées dans une voie empirique où elles rencontrèrent tant d'obstacles et de déboires.

Probabilité pour une personne invalide de décéder.

Les statistiques concernant cette probabilité ont donné naissance à des tables, dites Tables de mortalité des Invalides, qui peuvent être de trois sortes : agrégées quand elles n'envisagent que l'âge au décès, sélectionnées quand elles tiennent compte de l'âge et de la durée de l'invalidité, compactes quand elles ne tiennent compte que de la durée. Ce sont les tables sélectionnées qui sont le plus employées par les entreprises d'assurance. Ces données statistiques sont d'ailleurs assez restreintes.

Le Tableau II ci-dessous donne les résultats auxquels est arrivé M. Pietro Smolensky en Italie, en prenant pour base les statistiques des trois grandes compagnies

TABLEAU II

DURÉE ANNÉES	DÉBUT DE L'INVALIDITÉ		
	AGE		
	20-37	38-47	48 et plus.
0-1	0,19	0,25	0,27
1-2	0,12	0,19	0,18
2-3	0,21	0,17	0,8
3-4	0,03	0 13	0,25
...	..	...	...

italiennes : Istituto Nazionale Assicurazioni, Assicurazioni Generali, Riunione Adriatica di Sicurtà, pour un groupe de 300 cas, correspondant à 3.557 années de vie et pour un total de 167 décès. Le petit nombre de données ne permet évidemment d'attribuer à ce tableau qu'une valeur indicative ⁽¹⁾

Un certain nombre de Tables de mortalité d'invalides existent cependant et ont été dressées avec les mêmes éléments que les tables d'invalidité du Tableau I. Le Tableau III en présente quelques unes que nous avons groupées en deux parties : tables sélectionnées et tables agrégées. Par mesure de simplification nous n'avons également fait figurer que les chiffres correspondant à 25, 35, 45 et 55 ans, n'envisageant pour chacun de ces âges que des invalidités dont la durée ne dépasse pas quatre ans. Examinons-les brièvement :

1° *Table Pension Nationale Suédoise.* — Elle est due comme la table d'invalidité à l'étude faite par le Comité de Révision de l'Assurance Pension Nationale Suédoise en 1930. C'est un extrait de la publication officielle qui a été réimprimée pour les membres du IX^e Congrès d'Actuaires qui a eu lieu à Stockholm, également en 1930 ;

2° *Table Expérience allemande corrigée.* — M. L. Riedel, en prenant pour base les tables allemandes pour les assurés obligatoires pendant la période 1891-1899 et en les comparant aux données obtenues par Smolensky pour l'Italie a mis en évidence une mortalité effective pour l'Italie inférieure d'environ 20 % à celle indiquée par les tables allemandes. C'est en

(1) Cf. A.-R. DOH. *Rev. Gén. des Ass. Terr.* 8^e année, p. 405.

Cf. également Pietro SMOLENSKY, *Disability Benefit*. VIII^e Congrès des Actuaires. Londres. 1927.

abaissant les taux allemands de ce pourcentage qu'il a obtenu cette table corrigée, à l'usage de l'assurance italienne. Son étude fait partie des « Actes du II^e Congrès National des Assurances en Italie », sous le titre « L'Impianto tecnico dell'assicurazione addizionale di invalidità » ;

3° *Table Expérience Italienne ou Table Ottaviani.* — M. Ottaviani a pris pour base les tables de Toja sur la mortalité des employés retraités des chemins de fer italiens depuis la fondation des caisses jusqu'à 1914. Cette table a paru dans « Atti della Reale Commissione per le Valutazioni » (Rome 1917) ;

4° *Table Hunter.* — Ce sont les tables de Hunter qui sont le plus employées aux Etats-Unis et au Canada. Elles présentent des taux qui sont très élevés par rapport aux autres tables. Cela provient que, là aussi, comme pour les tables d'invalidité, la notion d'invalidité est — ou plutôt était — beaucoup plus large aux Etats-Unis qu'en Europe, d'où une proportion de décès d'invalides plus forte, particulièrement la première année ;

5° *Tables Zimmermann.* — Nous retrouvons les expériences faites sur le personnel des chemins de fer allemands. L'enquête Zimmermann va de 1868 à 1884 (Beiträge zur Theorie der Dienstunfähigkeit. Berlin 1892). La table ne tient compte que de l'âge au décès et non de la durée de l'invalidité : c'est une table agrégée ;

6° *Table Bentzien.* — Elle s'appuie sur les mêmes éléments que la précédente pour une période allant de 1868 à 1889. C'est également une table agrégée (Vereinsblatt für deutsches Versicherungswesen. Berlin 1894) ;

TABLEAU III
Mortalité des Invalides.

TAUX 0/00.

AGE	DURÉE	TABLES SÉLECTIONNÉES				TABLES AGRÉGÉES			
		Pension Nationale Suédoise.	Expérience Allemande corrigée.	Expérience Italienne (Ottaviani)	Hunter.	Zimmermann (1868-1884)	Bentzien (1868-1889).	Expérience Italienne (Ottaviani) [1905-1914]	Hunter.
25	1	166,7	250,4	109,44	400	83,1	84,9	12,3	151
	2	125,5	152,8	49,75	183				
	3	92,5	105,6	»	122				
	4	67,8	78	»	76				
35	1	139,8	196,4	109,44	327	63,9	61,6	23,5	89
	2	104,8	121,2	49,75	145				
	3	76,9	87,6	30,03	97				
	4	55,9	68,8	27,56	64				
45	1	112,9	148	85,40	290	53	51,6	30,2	87
	2	86,7	95,6	46,80	140				
	3	65,8	74	29,16	112				
	4	50,1	63,1	27,56	83				
55	1	86	103,2	48,49	248	48,5	47	30,3	101
	2	69,7	75,6	38,92	147				
	3	56,7	65	28,80	120				
	4	47	59,1	28,32	100				

7° *Tables Expérience Italienne.* — Ce sont des tables agrégées qui ont été établies d'après les évaluations de M. Ottaviani pour la période 1905-1914 mais on leur préfère généralement les tables sélectionnées citées plus haut ;

8° *Tables agrégées de Hunter,* utilisée aux Etats-Unis et au Canada. A noter les taux plus élevés qu'elles

présentent par rapport aux autres, comme pour les tables sélectionnées et pour les mêmes raisons.

La place nous manque pour reproduire les résultats de ces tables plus en détail. Il le faudrait car les chiffres que nous donnons ont l'air de faire apparaître une diminution progressive avec l'âge de la mortalité des invalides. Ce n'est pas exact. S'il est certain que les premières années de l'invalidité voient mourir de nombreux infirmes mais que, par la suite, beaucoup d'entre eux réussissent à s'adapter et à présenter une mortalité qui se rapproche de la mortalité générale, il est hors de doute cependant que cette mortalité augmente avec l'âge, mais le fait est surtout mis en valeur à partir de 55-60 ans où le nombre de décès augmente très sensiblement. Il ne faudrait donc pas conclure de la lecture de ce tableau que la mortalité des invalides est inférieure à la mortalité générale : ce serait un contre sens évident. Il est cependant admis par les constatations de nombreux médecins qu'un malade, qui a subi une amputation, par exemple, présente souvent, par la suite, des signes de santé et de résistance au mal plus grands que des hommes normaux. D'ailleurs les compagnies d'assurance sur la vie ne font aucune difficulté pour accepter le risque d'un candidat assurable amputé : là aussi l'expérience a prouvé que sa mortalité était peu différente de la normale. Les tables permettent d'ailleurs d'observer que vers 75 ans les deux mortalités se rejoignent.

Rappelons enfin qu'en France il existe une table de mortalité d'invalides dite I. C. F. (Invalides des Chemins de Fer Français) qui a été dressée en 1896 par Léon Marie, d'après des observations faites sur des agents retraités. Nous avons déjà dit que cette table manque de durée et se fonde sur un champ d'observations trop étroit.

Probabilité annuelle de décès des personnes valides.

Nous n'insisterons pas sur cette probabilité qui fait l'objet des tables de mortalité proprement dites et dont nous avons déjà parlé. Il en a été publié dans toutes les parties du Monde, depuis la table embryonnaire de Jacob Van Deel de 1670 jusqu'à la table de la Population Française dite Pm et Pf dressée par M. Lucien March⁽¹⁾. En France les tables utilisées par les compagnies d'assurance sont la table A F et les tables C R et R F (pour les assurances en cas de vie) rendues obligatoires par le décret du 20 janvier 1906.

SECTION VI

LA SÉLECTION

« La sélection des risques, écrit M. César Ancey,⁽²⁾ a pour objet de placer l'assureur dans des conditions au moins aussi favorables que celles qui ont donné les résultats statistiques, bases du tarif, et, à cet effet, de neutraliser l'anti-sélection ». Il faut entendre par anti-sélection la tendance invariable qu'ont les mauvais risques à chasser les bons : assuré en cas de décès, par exemple, qui fait usage de son droit de rachat, s'il se sent mieux portant... etc.

Dans le domaine de l'invalidité, cette sélection doit appliquer des méthodes plus sévères que celles pratiquées en matière d'assurance sur la vie. Nous verrons au chapitre suivant que certains candidats à l'assurance, chez lesquels le risque décès apparaît normal, constituent des risques douteux du point de vue de l'assurance invalidité. D'où la nécessité d'un examen

(1) GIRARD : *Eléments d'assurance. Incendie, vie, accidents.* Dulac. 1921.

(2) *L'Assurance, sa technique, son mécanisme.* Lib. Gen. Droit et Jurisprud. Paris. 1933.

médical minutieux et tenant compte, non seulement de l'état de santé actuel du candidat, mais des états pré-maladifs et des maladies antérieures.

Mais indépendamment du contrôle médical préalable, l'assurance invalidité nécessite des règles de prudence, applicables principalement à trois ordres de facteurs : l'occupation, la réputation morale et la différence des sexes.

Il convient d'abord d'éviter de garantir le risque invalidité quand il s'agit de personnes qui n'ont pas à proprement parler de professions (ménagères, maîtresses de maison... etc.). Parmi celles qui ont une profession l'enquête de M. Hunter en Amérique⁽¹⁾ qui a porté sur 3.000 occupations groupées en dix classes, laisse apparaître clairement le danger de certains métiers. Ainsi, la classe la moins dangereuse étant celle des employés de bureau, avocats... etc., si on lui applique l'indice 100, les indices correspondants aux autres professions sont les suivantes :

Voyageurs de commerce, clergymen, etc.....	120
Médecins et dentistes	140
Coiffeurs, boulangers, embaumeurs, etc.....	170
Chauffeurs, bouchers, policemen, etc.....	200
Mécaniciens de chemins de fer.....	300

Par conséquent il devra être tenu compte de la profession du candidat au moment de l'étude du risque. Et non seulement de la profession mais de l'occupation de l'assurable à l'intérieur de cette profession. Ainsi, de nombreuses compagnies refusent de garantir des personnes qui se trouvent, de par leur métier, soumises à de grandes différences de température, aux poussières, aux fumées... etc. En particulier sont refusés la

(1) Disability benefits in Life Insurance Policies published by the Actuarial Society of America.

plupart des risques suivants : fourreurs, déménageurs, graveurs sur verre, conducteurs de voiture de journaux ou de transport public... etc. Enfin, il faudra tenir compte également des risques que l'on peut appeler saisonniers, soit de profession (fermiers, professeurs...etc.), soit de revenus (chanteurs, conférenciers... etc.). A noter que, toujours d'après l'enquête de M. Hunter, un des plus mauvais risques est fourni par les acteurs de cinéma.

La réputation morale, base de la sélection, est infiniment plus délicate à considérer que l'occupation. Certes, si la commune renommée indique qu'il ne faut pas faire confiance à tel ou tel candidat, la compagnie s'abstiendra et, en général, elle devra procéder à une enquête discrète sur les relations, la famille et les moyens d'existence du candidat. C'est souvent l'intermédiaire qui sera chargé de lui fournir ces renseignements puisqu'il est plus à même de connaître et d'apprécier le milieu où vit le candidat assurable dont il propose l'assurance ; d'où la nécessité, là aussi, pour les compagnies d'avoir des agents sincères, susceptibles d'abandonner le bénéfice espéré d'une affaire, pour ne pas apporter à la compagnie, qu'ils servent, un risque, même médiocre. M. Hunter conseille de refuser les personnes retirées des affaires et celles qui ne vivent que du revenu de leurs titres. Rentre également en ligne de compte la proportion entre la fortune évaluée du proposant et le montant de l'assurance qu'il désire souscrire : s'il y a disproportion flagrante la compagnie fera bien de s'abstenir. Remarquons d'ailleurs, qu'en matière d'Assurance Complémentaire, le maximum que peut accorder une compagnie sur un seul risque doit être limité strictement. En Amérique, jusqu'à 1931, les compagnies allaient jusqu'à 50.000 dollars si la police comportait la rente d'invalidité et jusqu'à 250.000 dollars si elle comportait seulement la libération des

primes de l'assurance-vie ; depuis beaucoup ont réduit ces chiffres de moitié : l'une d'elle a même fixé le maximum de sa rente à 15.000 dollars par an. En France les compagnies peuvent assurer, théoriquement, jusqu'à deux millions de francs sur un seul risque sans réassurance. En pratique, elles demeurent très au-dessous de ce chiffre. Enfin, il faut noter le rapport très net entre le risque moral et les cycles économiques. Des périodes de dépression et de crises, comme celles que nous traversons, font apparaître un état d'esprit douteux chez certains assurés ou candidats assurables et conduisent à la fraude ou à la demande d'allocations exagérées. Il faut en tenir compte.

En troisième lieu, vient la nécessité d'examiner si les femmes doivent être admises au même titre que les hommes dans l'assurance invalidité. En ce qui concerne les taux d'invalidité, on note, pour les femmes, en effet, un taux sensiblement supérieur à celui des hommes, du moins dans la plupart des tables, car la table suédoise dont nous avons parlé laisse au contraire apparaître un taux identique jusqu'à 36 ans. A titre d'exemples, voici quelques résultats des expériences allemandes et anglaises : (taux pour mille)

AGE	ALLEMANDE				ANGLAISE	
	1906-1908		1925-1930		1913	
	H.	F.	H.	F.	H.	F.
20	0,6	0,7	0,3	0,9	1,36	1,44
30	2,5	4,8	4,5	5,5	4,11	4,34
40	4	7,5	6,7	11,2	9,75	10,31
50	11	16,6	14,5	29	22,5	23,8
..	..					

Le degré d'invalidité présente également un taux légèrement supérieur chez les femmes. A titre d'exemple la table du Norvégien Lange-Nielsen qui fut produite au Congrès des actuaires de Rome en 1934, indique pour les périodes 1910-1920 une moyenne de 0,91 pour les hommes et de 0,92 pour les femmes, et pour la période 1920-1925 une moyenne de 0,93 pour les hommes et 0,94 pour les femmes. A noter qu'il s'agit d'hommes et de femmes qui avaient subi une visite médicale. Enfin les causes elles-mêmes de l'invalidité sont aussi différemment distribuées dans les deux sexes, comme cela ressort des cas suivants que nous avons tirés d'une étude dont l'auteur est également M. Lange-Nielsen : (taux pour cent)

AGE.....	HOMMES			FEMMES		
	14-29	30-39	40-59	14-29	30-39	40-59
Tuberculose.....	58,9	37,7	16,5	53,1	36,6	16,8
Syphilis.....	0,2	0,3	0,8	0,1	0,3	
Maladies du cœur.....	1	1	3,6	1,9	1,6	8,8
Diabète.....	1,3	2,4	3,1	2,9	6,3	4,7

Aux Etats-Unis, la plupart des compagnies écartaient au début, systématiquement, les femmes de la garantie et, à part quelques exceptions en faveur de célibataires, conservent cette attitude. Mais d'autres compagnies, à l'inverse, garantissent les prestations d'invalidité indifféremment aux hommes et aux femmes quelles que soient leur situation conjugale avec une simple restriction sur le montant des capitaux assurés

qui doit être peu élevé. La raison technique de l'extension aux femmes célibataires est que celles-ci présentent un taux d'invalidité généralement inférieur à celui des femmes mariées. Ainsi, pour une incapacité supérieure à 6 mois, on trouve les taux suivants ⁽¹⁾

AGE	FEMMES CÉLIBATAIRES OU VEUVES	FEMMES MARIÉES
20-24	0,016	0,031
30-44	0,026	0,028
40-44	0,032	0,040
50-54	0,045	0,067
....		

L'expérience de la New York Life en 1929 fit d'ailleurs apparaître une très grosse proportion de sinistres concernant les femmes (4.265) et conclut qu'il fallait désormais demander à ces dernières des primes doubles environ des primes correspondantes appliquées aux risques masculins. M. Hutcheson, dans la discussion concernant les taux d'invalidité de la Mutual Life, confirma que les taux féminins étaient sensiblement du double tandis qu'au contraire les taux d'élimination étaient légèrement inférieurs pour les femmes ⁽²⁾

(1) A. WATSON. National Insurance. *A statistical Review*, Journal of the Royal Statistical Society. London. 1927.

(2) A. HUNTER. Disability Premiums and Reserves under Policies providing for Monthly Income at Disability Transaction of the Actuarial Society of America. New-York. 1929.

A la suite de cette enquête, il se produisit une évolution dans le sens de la restriction des prestations et d'augmentation des primes à l'égard des femmes. La rente mensuelle, par exemple, passa de 10 à 5 dollars pour 1.000 dollars de capital assuré ; la garantie ne dépassa pas l'âge de 55 ans ; la prime doubla. Une sélection plus sévère fut faite : on avait admis les ouvrières et les employées des grands magasins ; la garantie leur fut désormais refusée. Enfin, vers la fin de 1931, la plupart des compagnies décidèrent de limiter l'assurance invalidité concernant les femmes à la seule libération des primes. On agissait prudemment. Au début, en effet, il était généralement admis que si le taux d'invalidité était supérieur chez les femmes, leur coefficient de guérison l'était également, ce qui semblait laisser présager des périodes de maladie de moindre durée. Pour cette raison, on n'avait pas refusé l'assurance. Mais les statistiques récentes ne semblent pas corroborer cette opinion et laissent apparaître des taux de guérison pratiquement identiques. Aussi, actuellement, aux Etats-Unis, on ne garantit que les femmes exerçant une profession indépendante, en appliquant, en outre, des majorations de prime selon les professions (employées de magasins, ouvrières, domestiques, femmes dirigeant elles-mêmes de petites boutiques, etc...).

En Suisse, d'après des recherches faites de 1904 à 1931, auprès d'une importante Caisse d'Assurance des membres du Corps Enseignant, le taux d'invalidité chez les maîtresses jusqu'à l'âge de 50 ans est trois fois et demi plus élevé que chez les professeurs masculins, et ceux-ci sont déjà considérés comme présentant un taux élevé, supérieur à la moyenne.

En résumé l'assurance des femmes dans le domaine de l'assurance invalidité doit être strictement délimitée.

Les expériences américaines sont d'autant plus probantes qu'aux Etats-Unis la situation sociale de la femme est plus évoluée qu'en Europe. En France la question est de moindre importance parce que la femme, malgré l'évolution manifeste qui se produit depuis la guerre, a, peu souvent, une situation indépendante ou, du moins, une situation qui l'assimile à un chef de famille et la conduit à considérer l'intérêt d'une assurance invalidité comme primordial.

Conclusion.

Nous écrivions en tête de ce chapitre que l'Assurance Complémentaire est proprement l'assurance du risque invalidité. De l'étude que nous venons de faire se dégage cette surprenante conclusion que, ni en ce qui concerne la notion d'invalidité, ni en ce qui concerne la technique du risque, ni même en ce qui concerne l'assurance, la position de la doctrine, à vrai dire peu nombreuse, et l'attitude des organismes assureurs, n'ont pu établir une base précise et stable, susceptible d'être utilisée partout.

La notion d'invalidité nous est apparue extrêmement évoluée dans le domaine des Assurances Sociales et des Assurances Accidents du Travail, se fondant de plus en plus, sur une incapacité générale de gain sur le marché du travail. Appliquée à l'assurance accidents et particulièrement à l'Assurance Complémentaire, elle ne pourrait qu'entraîner les compagnies dans une voie ruineuse. De là la nécessité d'un compromis entre une formule large et celle présentement adoptée par la plupart des entreprises d'assurance et dont la rigueur est certainement pour une bonne part dans la désaffection de la clientèle assurable envers la Complémentaire-Vie.

Nous avons proposé une définition qui nous semblait compatible avec les exigences des deux parties. Mais surtout nous avons insisté sur l'examen des cas d'espèce, de façon à éviter une généralisation dangereuse de cette notion d'incapacité, tout en conservant à ceux qui en ont manifestement besoin le bénéfice d'une assurance au caractère éminemment social.

La technique du risque s'est également démontrée très diverse. Les tables d'invalidité que nous avons examinées présentent de telles divergences qu'elles demandent à être utilisées avec infiniment de précautions.

Enfin la façon dont il faut concevoir cette co-assurance du risque invalidité qu'est la Complémentaire-Vie nous a paru présenter aussi des divergences importantes selon l'évolution sociale et économique des divers pays où elle se pratique. D'ailleurs, nous ne pensons pas qu'il serait bon d'atténuer, sinon de supprimer ces différences : dans le domaine de l'invalidité, on ne peut faire abstraction de cette évolution et il serait, croyons-nous, nuisible d'étendre à un pays comme la France des formules, telles celles utilisées en Suisse, ou en Suède-Norvège, nations très en avance, en matière de progrès sociaux. C'est à l'intérieur de chaque pays, et compte tenu des facultés d'adaptation de chaque peuple, qu'il faudra chercher une formule susceptible de satisfaire la clientèle assurable tout en laissant aux organismes d'assurance privés une marge de bénéfice suffisante pour les intéresser à un développement ultérieur de la combinaison.

CHAPITRE III

L'Examen médical.

L'introduction du « *Traité Complet de l'Examen Médical dans les assurances sur la vie* », publié en 1887, débute ainsi :

« L'intervention du médecin paraît toute naturelle dans une opération financière qui a pour base la durée probable de la vie d'un homme, à partir d'un jour donné ; cependant pour apprécier à sa juste valeur l'importance de cette intervention... il faut savoir que les tarifs en vigueur, établis sur des tables de mortalité générale, représentent à peu de chose près, le prix du risque et que les bénéfices industriels des compagnies résultent seulement de la différence qui existe entre la mortalité générale et la mortalité de leurs assurés, c'est-à-dire du choix plus ou moins perspicace de ces derniers. »

Nous ne pensons pas que, cinquante ans plus tard, on y puisse changer un mot. La sélection nécessaire dépend entièrement du médecin et ce n'est pas être mauvais juge que de dire que leur tâche est de plus en plus lourde, d'abord parce que la science moderne a fait apparaître un grand nombre de maladies dont le dépistage est complexe et aussi parce que l'assuré, de plus en plus instruit du bénéfice qu'il est en droit

d'espérer de l'assurance, outre passe parfois ce droit en n'apportant pas à l'examen médical toute la franchise nécessaire. A ce propos, l'exemple de l'Amérique est typique où des fraudes médicales, dues à la ruse des candidats à l'assurance, ont donné lieu à de véritables scandales.

La proposition d'assurance remise par l'intéressé, ou plus souvent par l'intermédiaire qualifié, agent ou courtier, ne contient pas de renseignements suffisants pour déterminer l'acceptation de l'assureur. Celui-ci est en droit d'exiger un contrôle : le rôle du médecin de la compagnie est parfaitement justifié. On avait pensé longtemps que le fait de joindre à cette proposition un certificat médical du médecin de la famille du candidat était suffisant pour éclairer la compagnie. A la suite d'une campagne menée par des associations médicales qui invoquaient que par cette pièce le « *medicus familiaris* » violait le secret professionnel prévu par l'article 378 du Code Civil, d'ordre public ; à la suite également de solutions de jurisprudence et de conclusions de la doctrine, qui se montraient du même avis, les compagnies ont presque généralement abandonné le certificat justificatif. Désormais la compagnie choisit le médecin et le charge de lui faire connaître son avis sur la demande d'assurance proposée, après s'être renseigné, au cours d'un examen personnel, non seulement sur l'état de santé habituel mais aussi sur les antécédents héréditaires de l'intéressé. D'ailleurs cet examen, ainsi que l'écrit J. Lefort, n'a pas pour but, comme on l'a cru parfois d'éclairer la compagnie sur la valeur vitale du candidat à l'assurance, mais bien de constater si la personne déterminée a vraiment la chance de vie que la table de mortalité indique, pour une personne de son âge, dans des conditions normales.

Cette visite médicale constitue une garantie indis-

pensable et d'ailleurs, aujourd'hui, personne ne songerait à nier son utilité, pas même l'intermédiaire de l'assurance pour lequel elle représentait jadis, paraît-il, une gêne à la conclusion des affaires. De l'expérience que nous avons de ce genre d'affaire, il nous apparaît au contraire que le client se plie de très bon gré à l'exigence de la visite médicale et considère qu'elle ne peut être que le fait d'une compagnie sérieuse : c'est finalement un avantage pour l'agent.

Le médecin agit comme l'agent médical de la compagnie et ne peut donc, vis-à-vis d'elle, se retrancher derrière le secret professionnel, mais il est par contre rigoureusement tenu de s'abstenir de toute révélation à un tiers y compris le proposant. Il est, en effet, légitime de ne pas faire connaître à l'intéressé, si la proposition d'assurance a été rejetée, la véritable raison de ce refus. A noter, d'ailleurs, que le résultat de l'examen médical, contrairement à ce que croit la majorité des assurables, n'est nullement la cause unique du refus. Bien d'autres circonstances jouent en l'occurrence : durée de l'assurance, proportion entre les ressources de l'assuré et le montant des primes à payer... etc. La compagnie est toujours maîtresse d'accepter ou non un candidat à l'assurance. Il ne faut pas que celui-ci considère que seul son état de santé peut être la cause d'un refus : non seulement cette opinion est erronée mais encore, s'il est impressionnable, ce refus peut lui causer un véritable choc nerveux, susceptible d'aggraver son état. Nous avons connu un candidat à l'assurance-vie, par ailleurs homme d'apparence très saine, que successivement trois compagnies refusèrent : il en fut très frappé, consulta de son côté plusieurs médecins, qui dépistèrent un mal, brusquement aggravé par la révélation qui en avait été faite au malade.

SECTION I

L'EXAMEN MEDICAL EN ASSURANCE-VIE

Cet examen comprend trois opérations successives, les deux premières à la charge du médecin : la visite et le rapport ; la troisième à la charge de la compagnie : la classification des observations.

De ces opérations nous dirons peu de choses. La visite médicale a lieu, soit au domicile du proposant, soit à celui du docteur, soit à la compagnie. On peut déclarer, sans ironie, qu'en général le médecin se dérange proportionnellement à l'importance du capital que le proposant désire assurer ; c'est dire que pour les petites polices la visite se fait ordinairement au siège de la compagnie. En fait, pour des raisons de commodité, les compagnies semblent actuellement préférer la visite médicale au domicile du médecin ou au siège. Ils nous semble qu'elles ont tort. Sans mettre en doute la capacité et le sérieux du médecin qu'elle a choisi, une compagnie a toujours intérêt à s'entourer du plus grand nombre d'éléments possible concernant le standing d'existence et les habitudes d'un assurable. Balzac a dit : « L'appartement, c'est l'homme », et un médecin de compagnie qui vient à domicile a milles occasions d'observer sur place des détails de vie, même insignifiants, qui peuvent lui fournir de précieuses indications. On cite le cas de ce docteur visitant un célèbre sculpteur, candidat à l'assurance-vie, lequel présentait tous les signes d'une santé parfaite ; le hasard fit que le docteur jeta les yeux sur la bibliothèque du sculpteur et y découvrit toute une série de livres traitant du diabète : cette littérature était si peu en harmonie avec les travaux du proposant que le docteur fut mis en éveil, analysa ses urines (opération qui n'était guère

en usage à cette époque) et y trouva les signes chimiques de la dangereuse maladie. D'autre part, c'est au domicile même du candidat que le médecin a le plus de facilité pour faire un examen complet ; n'occasionnant ainsi qu'une gêne relative, il peut remplir sa délicate mission, surtout lorsqu'il s'agit d'examiner une femme, « sans crainte de dépasser les bornes d'une juste exigence », comme l'écrit le *Traité complet de l'Examen Médical*, avec son style discret.

Les constatations faites par le médecin sont relatées par lui dans un rapport, de caractère strictement confidentiel, où il formule son avis sur la santé du proposant. Ce rapport comporte un formulaire qui, lui-même, renferme un double questionnaire, l'un destiné au proposant, l'autre au médecin. Ce sont en général des imprimés tout prêts que les compagnies fournissent à leurs médecins. Longtemps les questions destinées au proposant étaient simplement adressées par l'intermédiaire qualifié directement au client. Mauvaise méthode et surtout imprécise, l'intermédiaire n'ayant ni la compétence pour les expliquer, ni l'autorité pour provoquer des confidences des assurables. De plus elle mettait le client en garde contre les questions qui lui seraient posées ultérieurement par le médecin et le préparaient à s'y soustraire par un laconisme voulu ou même par des réponses sciemment inexactes.

L'avantage principal de la division du rapport médical, c'est qu'elle fournit de précieux éléments pour les travaux de statistique des compagnies. Celles-ci font la classification des diverses observations renfermées dans les rapports ; les enregistrent et obtiennent ainsi des données d'une extrême portée pratique. Ce matériel important est ensuite utilisé pour des études plus vastes : ainsi la table dite *Inter Company* dont nous avons parlé au chapitre précédent a utilisé les

observations de 29 compagnies portant sur plus de six millions de têtes, chiffre monumental.

L'examen médical, donc, tant par son utilisation pratique de contrôler légitimement l'état de santé d'un candidat à l'assurance-vie, que par l'intérêt qu'il donne aux observations statistiques est une nécessité absolue en assurance-vie.

Il existe cependant une combinaison d'assurance sur la vie où cet examen n'est pas exigé : c'est l'assurance dite populaire, assurance « contractée pour un capital relativement faible, moyennant le paiement de primes fractionnées » (1) dont la loi du 13 juillet 1930 précise ainsi la définition :

« Sont considérées comme assurances populaires, les assurances sur la vie, à primes périodiques, sans examen médical obligatoire, dont le montant ne dépasse pas, sur la même tête, 10.000 francs en capital ou 120 francs de rente et dans lesquelles, en l'absence d'examen médical, le capital stipulé n'est intégralement payable en cas de décès que si le décès survient après un délai spécifié au contrat. » La raison la plus généralement donnée de l'absence d'examen médical, c'est que les frais de celui-ci seraient hors de proportion avec la faible importance du capital assuré. M. Hémard fait justement remarquer qu'en réalité la nécessité d'une visite médicale écarterait de l'assurance populaire la plupart de ceux auxquels elle s'adresse. Nous n'avons pas à entrer dans le détail de cette assurance qui, dans notre système français d'assurance sur la vie, est la seule exception à l'obligation de l'examen médical, mettant à part, évidemment, les assurances en cas de vie pour lesquelles il n'en existe pas, leur réalisation dépendant de la survie de l'assuré à l'échéance.

(1) J. HÉMARD, *op. cit.*

SECTION II

L'EXAMEN MEDICAL EN ASSURANCE-MALADIE

Nous n'envisageons ici que l'assurance-maladie, privée et facultative et non les Assurances Sociales. Les Assurances Sociales ne considèrent, en effet, la maladie que du point de vue de la capacité de travail et du traitement éventuel et n'ont pas, en conséquence à prendre en considération les maladies existantes et les maladies antérieures. Tandis qu'au contraire les compagnies privées qui sont des institutions responsables devant leurs actionnaires de leur équilibre financier, sont forcées de se prémunir par des moyens préventifs contre des risques onéreux et des abus possibles. C'est dire que l'examen médical préalable, sans utilité immédiate pour une assurance sociale, quant à son but, est, semble-t-il, de nécessité pour l'assurance privée maladie.

En réalité, comme nous l'avons déjà vu, la situation de l'assurance maladie privée en France est extrêmement précaire. Sans nous étendre sur l'origine des déboires qu'ont rencontrés les quelques compagnies qui se sont intéressées à ce risque, disons qu'ils sont dus, d'abord, à la difficulté d'établir le critérium exact de l'invalidité morbide, et à ce fait surtout que, contrairement à l'assurance-vie, l'assurance-maladie représente pour l'assureur et l'assuré des intérêts divergents, tant à la conclusion de l'assurance où l'assuré tiendra à souligner le bon état de sa santé, que dans son cours où l'inverse se produira, l'assuré ayant tendance à profiter le plus possible des facilités que lui accorde sa police. En bref, l'assurance-vie et

l'assurance-maladie s'opposent techniquement et médicalement. On s'étonne donc que pour la première existe un contrôle préalable médical relativement sévère, tandis que la seconde, du moins actuellement, s'en tient aux déclarations du proposant. C'est, en effet, par un simple questionnaire qui, pour des raisons de convenance et de divulgation possible, ne peut envisager des questions trop précises, que l'assureur prend connaissance de l'état de santé du candidat. Ce système est, à notre sens, défectueux parce que l'examen médical préalable est un instrument de sélection, nécessaire au développement sain d'une assurance destinée à couvrir un risque aussi dangereux. Non seulement son absence peut accumuler, dans un portefeuille d'assurance, une quantité de mauvais risques, chaque jour plus mauvais puisque les assurés avancent en âge, mais la compagnie demeure, en outre, incapable de connaître exactement en ce qui concerne ses nouveaux assurés, l'importance des maladies antérieures dont les récidives en cours d'assurance peuvent alors être difficilement considérées autrement que comme des états nouveaux et indépendants. Nous savons bien que contre ce risque les compagnies ont essayé d'établir des « périodes d'attente », mais ces dernières ne varient que par rapport aux catégories de prestations et non, comme il l'aurait fallu, par rapport aux prédispositions pathologiques du candidat : ce n'est donc pas un remède.

En réalité, la seule raison valable est la même que pour l'assurance-vie populaire : l'importance des frais qu'exigerait un examen préalable médical. Nous pensons cependant que les compagnies qui entreprendraient l'assurance-maladie sur ces bases, même onéreuses pour elles, y trouveraient d'abord la sélection des risques nécessaire à la bonne marche de l'entre-

prise, puis la confiance du public qui accepterait beaucoup plus facilement qu'on ne le croit, l'ingérence d'un médecin.

SECTION III

L'EXAMEN MEDICAL EN ASSURANCE-COMPLEMENTAIRE

Les quelques généralités précédentes sur l'examen médical en assurance-vie et en assurance-maladie nous conduisent tout naturellement à considérer sa nécessité dans le domaine qui nous intéresse.

Par cela même que l'Assurance Complémentaire se rattache par toute ses formalités à l'assurance-vie, elle doit nécessairement admettre l'examen médical. Mais le caractère de ce dernier doit être différent et se rapprocher de celui dont nous venons de voir l'intérêt dans l'assurance-maladie.

La question a beaucoup d'importance. C'est qu'en effet dans la généralité des cas, une assurance complémentaire se conclue en même temps que l'assurance-vie dont elle est le corollaire. Il n'y a qu'un seul examen médical pour les deux. Il est donc utile d'attirer l'attention du médecin sur ce fait qu'il a à se prononcer sur un état de santé qui représente deux risques différents. Combien de sujets, en effet, présentent tous les éléments d'une longévité normale et offrent cependant des chances de maladie et d'invalidité qui n'auront, peut-être, les précautions et les soins appropriés aidant, aucune influence sur leur existence même, mais n'en demeurent pas moins redoutables d'éventualités. Au titre de l'assurance-vie, ils sont normaux ; au titre de l'assurance invalidité, ils représentent un risque grave,

ou qui peut le devenir. Le médecin a donc à tenir compte de deux ordres de facteurs qui sont relativement d'importance moindre en assurance-vie : les facteurs psychologiques et les maladies antérieures.

La constatation objective de la maladie est très laborieuse. La transition de la bonne santé à un état pathologique est souvent loin d'être évidente. Ce sont des éléments subjectifs qui jouent le premier rôle et il peut être très difficile au médecin de les connaître. D'autre part il doit compter avec la possibilité d'auto-suggestion et parfois avec la simulation d'une maladie inexistante. Un malade enfin qui jouit d'une bonne santé pense rarement à la maladie possible : il y a beaucoup de chances pour qu'un prévoyant se sente atteint physiquement et le dissimule. Cette sélection psychologique doit être une des tâches primordiales du médecin de la compagnie.

Les antécédents personnels et héréditaires du candidat devront être également très étudiés. Ils forment l'essentiel des maladies antérieures dont la connaissance est nécessaire en assurance invalidité maladie. C'est qu'en effet, pour cette dernière, le peu d'expérience et le peu de données statistiques que nous possédons ne permet pas d'assurer, comme en assurance-vie, moyennant une surprime, les candidats ayant eu une maladie antérieure à leur entrée, même si elle a laissé des traces dans l'organisme, autrement dit des risques aggravés. Voici, à titre documentaire, une liste de ces tares, motivant le refus en invalidité, mais l'acceptation éventuelle en assurance-vie, établie par M. Hunter :

« Albuminurie intermittente ; précédents d'albuminurie constante non décélés, d'asthme modéré ou grave ; deux décès parmi les parents, frères et sœurs par suite de cancer, apoplexie, folie, tuberculose ; précédents de

gastrite, d'insomnie grave, de malaria, de neurasthénie, de névrite, de rhumatisme, de hernie pour les travailleurs manuels ; otite moyenne ; manque de poids aux âges jeunes. » (1) A remarquer d'ailleurs que certaines de ces tares sont acceptées par les compagnies d'assurance-vie, même sans surprime : le cas de rhumatisme par exemple. Il est donc de toute utilité d'éliminer les candidats qui présenteraient des symptômes de maladies héréditaires ou d'affections antérieures. Là encore le questionnaire que le médecin et le proposant ont à remplir s'avèrera insuffisant : c'est le tact et le doigté du médecin qui permettront d'attirer les confidences utiles.

Bien entendu, si l'Assurance Complémentaire est souscrite séparément, la visite médicale s'impose avec la même rigueur. Il en est de même lorsque l'Assurance Complémentaire s'ajoute à une assurance en cas de vie pour laquelle aucune visite médicale n'est imposée ; et aussi lorsqu'il s'agit d'une assurance populaire où son rôle est particulièrement important puisque celle-ci s'adresse à une clientèle modeste et composée de personnes pratiquant des métiers considérés comme dangereux au regard de l'assurance.

Mais la souscription du contrat n'est pas le seul moment où le médecin de la compagnie ait à intervenir. Toutes les polices précisent que « dans tous les cas et à toutes les époques les médecins, agents et délégués de la compagnie auront un libre accès auprès de l'assuré, victime d'un accident ou atteint d'une maladie, afin de pouvoir constater son état ». Au moment du sinistre, en effet, l'assuré doit en faire la déclaration par lettre recommandée avec, à l'appui, une attestation détaillée de son médecin. Il est logique que le médecin

(1) A. R. ДоH. *Rev. Gén. Ass. Terr. op. cit.*

de la compagnie, sans mettre en doute la capacité de son confrère, s'assure de visu de l'importance de l'invalidité.

L'assuré conserve le libre choix du médecin, qu'il chargera d'établir l'attestation. C'est un principe chèrement défendu par toutes les associations de médecins. Nous n'irons pas contre. A peine ferons-nous remarquer que, dans la pratique, il donne lieu à de nombreuses contestations. Là aussi, toute question de compétence mise à part, il est humain que le médecin de la famille rédige son attestation avec quelque parti pris. De là vient le désaccord, prévu d'ailleurs par les polices dans ces termes :

« En cas de désaccord entre le médecin de la compagnie et celui de l'assuré sur l'état de santé de ce dernier, les parties intéressées choisissent un troisième médecin pour les départager. Faute d'entente entre elles sur la désignation de ce troisième médecin, le choix en sera fait par le président du Tribunal compétent (Tribunal Civil du domicile de l'assuré). »

Elles ajoutent, pour éviter un recours à la chicane :

« Les parties s'interdisent de recourir à la voie judiciaire pour le règlement de l'indemnité en litige, tant que cette expertise médicale n'aura pas eu lieu. »

Certaines, même, plus catégoriques remplacent la clause précédente par celle-ci :

« L'avis du troisième médecin sera obligatoire pour l'assuré et pour la compagnie qui supporteront en commun les frais de sa nomination et le règlement des honoraires. »

Cette constatation de l'invalidité qui, jusqu'à présent, présente relativement peu de difficultés, puisqu'il s'agit de reconnaître des infirmités déterminées par les clauses de la police, pourrait devenir extrêmement délicate si l'on élargissait, comme nous le souhaiterions,

la notion d'invalidité. Nous avons vu, au chapitre précédent, qu'il appartiendrait alors aux compagnies de donner à leurs médecins le plus large pouvoir d'appréciation, ceux-ci demeurant cependant « agents médicaux » de leurs compagnies et obligés, par conséquent, de défendre leurs intérêts, tout en apportant une compréhension plus étendue à l'étude des cas qu'ils devront examiner individuellement.

Dans l'Assurance Complémentaire comme dans l'assurance maladie, le risque présente une très grande subjectivité : valeur intellectuelle et morale du candidat, de son milieu, état de son psychisme et de son système nerveux, aptitudes plus ou moins grandes à la simulation. Contrairement donc à l'assurance-vie, elle offre des particularités qui la rendent, du point de vue actuariel, plus complexe et moins favorable à la cristallisation de ses lois en formules mathématiques. C'est dire que les actuaires qui, par ailleurs, ne désespèrent pas de trouver avec le temps une solution à ces problèmes, ont la tâche malaisée. Il fut un temps où l'assurance-vie elle-même se passait presque entièrement de médecine ; longtemps encore, par la suite, on a réduit celle-ci à un rôle de contrôle préalable et de constatation de sinistres. A cette tendance s'oppose une idée de collaboration entre l'actuaire et le médecin, qui se répand aujourd'hui de plus en plus. Les questions médicales d'assurance prennent une telle importance de nos jours que l'on assiste, pour le bien commun, à une sorte de spécialisation, on pourrait écrire à la naissance d'une nouvelle branche médicale. D'ailleurs au Congrès International d'assurance de 1935 à Londres, cette nouvelle branche fut l'objet d'une étude du Dr L. Coppet, fondateur du premier Centre français de tarification des Risques Aggravés, qui proposait de la nommer : « Asphalologie médicale ».

Dans le domaine qui nous intéresse, l'Asphalologie prend une valeur considérable. La science médicale et la science actuarielle doivent mettre leur matériaux en commun pour édifier, à l'usage de l'invalidité, des bases solides, capables de tenir compte des nécessités sociales de l'assurance privée moderne, fortement influencée par les réformes publiques, sans pour cela cesser de suivre la logique mathématique actuarielle, inéluctable dans des opérations fondées sur la probabilité et la loi des grands nombres.

SECTION IV

LE « SERVICE DE SANTE »

Nous voudrions, avant de clore cette rapide étude sur l'examen médical, aborder une question qui dépasse notre sujet mais qui, par l'intérêt qu'elle présente dans tous les pays, mérite une place à part.

Déjà Edmond About dans son livre « *L'Assurance* » avait exprimé l'idée que l'assurance sur la vie n'était qu'un palliatif et que, du point de vue social, il serait très utile de créer un système préventif des maladies, susceptible d'ailleurs de rendre à l'assurance-vie, elle-même, de grands services.

Cette idée fut développée et reprise de nombreuses fois jusqu'en 1909 où elle trouva, en Amérique, sa première réalisation pratique : le Service de Santé.

Le Service de Santé, en assurance-vie, c'est le moyen d'inciter l'assuré à agir de façon à prendre, périodiquement, soin de sa santé. C'est la « prophylaxie individuelle, systématique, périodique et gratuite » (1). En

(1) D^r A. LICHTENDORFF-CLAIRVILLE. *L'Assurance maladie privée et facultative concernant les classes moyennes et les professions libérales*. Paris, 1937.

1911, M. L. R. Frankel de la Compagnie Metropolitain inaugura des examens périodiques avec l'aide du « Life Extension Institute » dont les réalisations pratiques prirent une grande extension, appuyées par l' « American Médical Association » qui mit des formulaires à la disposition des médecins et s'employa à faire une importante propagande.

Au Canada, le Service de Santé est organisé en commun par toutes les compagnies, en contact étroit avec le Corps médical. Au Japon, organisation très complète depuis 1922 : brochures, films de propagande, médecins-voyageurs qui visitent les petites localités pour le compte des compagnies. Propagande également en Angleterre et surtout en Suisse où dès 1925 la Compagnie Vita développe tellement le Service de Santé qu'il devient un modèle pour toute l'Europe. Cette même année il est introduit en Allemagne et y prend une grande extension grâce à la création d'un organisme central : la « Deutsche Zentral für Gesundheitsdienst der Lebensversicherung » qui réunit vingt-sept compagnies, organise une bibliothèque, des expositions, des conférences, etc... En 1935 il y avait 360.000 assurés privés ayant droit à des examens périodiques gratuits.

En France, enfin, la Compagnie le Nord donne, depuis 1926 des conseils écrits à ses assurés et chacun a droit à une consultation médicale gratuite tous les cinq ans ou tous les trois ans selon les capitaux assurés. L'examen médical est assez général et porte sur les poumons, le cœur, la tension artérielle, le foie, les réflexes et l'urine. Le médecin garde le secret professionnel envers la compagnie et ne lui fait connaître son opinion sur la santé de l'assuré que d'une façon très générale et sur la demande expresse de celle-ci. Quelques autres compagnies accordent aussi des examens médicaux de périodicité variable.

Les résultats sont très satisfaisants. La Compagnie Metropolitan a calculé que, pour chaque dollar dépensé par le Service de Santé, elle constatait un bénéfice de deux dollars. Au Congrès International de 1935 le Dr Neustätter a estimé que la diminution de mortalité parmi les assurés périodiquement examinés est de 10 à 20 %.

L'accueil des assurés aux examens périodiques est symptomatique. En Europe leur nombre est passé de 20 à 35-50 %. Parmi les ayants droit au Service de Santé, on constate qu'en Suisse 46,7 % l'utilise, en Belgique 51,6 % ; en Allemagne 47,1 % et en France 35,5 %. En Italie ce pourcentage passe à 50 % mais il s'agit de l'Istituto Nazionale.

Il est donc hors de doute que le public apporte un intérêt grandissant au Service de Santé. En France, où le pourcentage est comparativement assez faible, une propagande bien menée (brochures, films, radio surtout) devrait améliorer ces résultats.

Nous n'avons pas à insister sur l'intérêt d'une pareille organisation qui présente autant de valeur pour l'assuré que pour les compagnies. C'est un exemple nouveau que les intérêts personnels des deux parties en cause peuvent parfaitement aboutir à une mesure éminemment sociale et bienfaisante. On ne peut que souhaiter son développement. Et d'autant plus en Assurance Complémentaire où la santé de l'assuré est primordiale. Le Service de Santé préventif ne supprimera évidemment point l'invalidité accidentelle mais pourra retarder ou éviter l'invalidité morbide, dont la constatation est infiniment plus difficile et la réparation, nous l'avons vu, trop souvent arbitraire.

CHAPITRE IV

Les prestations de l'Assurance Complémentaire.

Hormis quelques compagnies étrangères qui offrent, sur le marché français, des formules d'assurance complémentaire d'un type particulier, pour cette raison surtout qu'elles apprécient différemment la notion d'invalidité, on peut dire que les prestations de l'Assurance Complémentaire sont sensiblement les mêmes pour toutes les compagnies. Elles envisagent trois sortes de risques : le décès accidentel, l'invalidité permanente et l'invalidité temporaire, et, pour chacun prévoient des garanties soit séparées, soit combinées, au choix du souscripteur de la police, certaines de ces garanties ne pouvant, d'ailleurs, être souscrites séparément, selon les modalités du contrat.

Nous devons examiner successivement ces diverses prestations, puis passer rapidement en revue les conditions générales des polices, particulièrement en ce qui concerne les exclusions, les additions et les modifications éventuelles.

La police complémentaire est régie par la loi du 13 juillet 1930 sur le contrat d'assurance. Nous ne pensons donc pas utile d'étudier à fond les questions d'ordre général : déclarations, paiements de la prime, déchéance, compétence... etc. Nous n'en dirons que quelques mots succincts.

SECTION I

LE DECES ACCIDENTEL

« Si un accident, survenu pendant la durée de l'assurance, entraîne, dans les six mois qui suivent le jour de cet accident, le décès de l'assuré, la compagnie X contre les accidents paiera aux bénéficiaires désignés aux conditions particulières de la police d'assurance sur la vie, un capital égal à celui qui est assuré par cette police, le doublant par conséquent, à charge par les bénéficiaires d'apporter la preuve de la relation de cause à effet entre l'accident et le décès. »

Par accident, il faut entendre la définition normale, c'est-à-dire toute blessure ou lésion ayant entraîné la mort et provenant directement de « l'action violente et soudaine d'une cause extérieure, indépendante de la volonté de la personne sur la tête de laquelle repose l'assurance ». Ajoutons, comme cela a été jugé plusieurs fois, qu'il peut y avoir accident sans choc, mais que l'accident nécessite une blessure ou une lésion qui en est la suite. Blessures ou lésions non seulement externes mais internes : ainsi la mort causée par la frayeur peut être considérée comme un accident⁽¹⁾. Une atteinte à l'organisme, même nerveuse est une lésion. Si donc le décès survient dans les six mois de l'accident la police joue. Il faut, bien entendu, que cet accident soit survenu pendant la durée de l'assurance ; cela ne demande aucun commentaire.

En général les polices excluent, outre les cas d'exclusions habituelles dont nous parlerons plus loin, les cas de mort provenant soit d'une maladie, se déclarant

(1) Bordeaux 26 oct. 1926. Rec. Bordeaux. 1926-1-73.

avant, pendant ou après l'accident et qui serait, en dehors de l'accident, la cause de la mort, telles que congestion, rhumatisme, insolation ; soit d'aliénation (souvent couverte cependant), d'épilepsie, surdité, ivresse ; soit d'opérations chirurgicales. Pour ces dernières une exception est faite généralement quand il s'agit d'opérations jugées nécessaires à la suite d'accident. A noter que si la police ne prévoit pas ces exclusions mais définit simplement l'accident de façon générale par les termes « action soudaine et violente d'une cause extérieure et indépendante de la volonté de l'assuré », cette action soudaine a besoin d'être précisée. Il a été ainsi jugé dernièrement (1) « qu'on ne peut considérer comme une action soudaine la chaleur considérable des rayons solaires à laquelle l'assuré s'est exposé durant de longues heures », et qui a eu pour conséquence une insolation dont il est décédé ; l'exposition aux rayons du soleil représente une « action prolongée » qui a évolué de troubles, d'abord superficiels, à des troubles atteignant l'appareil circulatoire du cerveau.

Cette question mise à part, la prestation de l'Assurance Complémentaire en cas de décès accidentel est analogue à celle prévue dans l'Assurance Individuelle. C'est dire que l'on peut appliquer à la Complémentaire-Vie les principes juridiques fondamentaux de cette dernière. Nous avons vu que c'était une assurance de personnes, non de choses, par conséquent nullement un contrat d'indemnité. Rappelons que jusqu'au projet de 1904, le principe indemnitaire s'appliquait même aux assurances de personnes, en France du moins — car en Allemagne (loi du 30 mai 1908) et en Suisse (loi

(1) Cour d'Appel de Montpellier. 2^e Chambre, 6 janvier 1938.
Rev. Gén. des Ass. Terr.

du 2 avril 1908) elles y échappaient — et que le travail lent et profitable de la jurisprudence créa l'utile distinction, définitivement admise à la suite du célèbre arrêt de la Chambre Civile du 6 janvier 1914⁽¹⁾. « L'assurance de personnes se distingue nettement de l'assurance de dommages en ce que la première, quelle que soit la variété de ses combinaisons, est bien moins une assurance, tel qu'on entend ce mot, c'est-à-dire avec son concept de réparation de dommage causé par le sinistre, qu'un placement d'argent, une façon d'épargne ». ⁽²⁾

L'accident envisagé atteint la personne dans son intégrité physique : la vie et la santé n'ont pas de prix. L'assurance individuelle doit être alors définie ainsi : « contrat par quoi l'assureur s'engage moyennant le versement d'une prime ou d'une cotisation, à fournir au stipulant ou au bénéficiaire, au cas où un accident corporel atteindrait l'assuré, une somme dont le montant est fixé uniquement par la police et qui peut être soit un capital variable ou fixe, soit une allocation quotidienne, soit le cumul de ce capital et de cette allocation » ⁽³⁾.

L'Assurance Complémentaire trouve, dans cette définition, des éléments de la sienne propre quant au capital fixé forfaitairement, en cas de décès accidentel.

Il appartient au bénéficiaire du contrat de prouver que l'assuré est bien mort d'un accident. Il doit, comme l'écrit M. Maurice Picard, rapporter la preuve de « l'accident garanti, c'est-à-dire du caractère fortuit et involontaire de l'événement dont il se prévaut ». En particulier, le bénéficiaire doit faire apparaître que

(1) D. P. 1918-1-57.

(2) Rapport Justin GODART au Sénat, annexe 395, p. 18.

(3) A. E. KLEIN. L'Assurance individuelle. Thèse Paris 1935.

l'événement qui a causé la mort de l'assuré était indépendant de sa volonté. C'est à l'assureur de faire la preuve du suicide, mais il ne peut cependant exiger de la part des bénéficiaires du contrat la preuve directe de l'intention de suicide, la preuve « directe d'une intention négative » (1). D'ailleurs, la preuve directe que la mort est bien consécutive à l'accident n'est pas essentiellement exigée. « Il est loisible aux juges de se contenter de présomptions graves, précises et concordantes, créant une probabilité suffisante qu'il y a eu accident » (2). Il suffit même, les conditions matérielles dans lesquelles le corps de la victime est trouvé immédiatement après l'accident rendant invraisemblable un suicide, que les bénéficiaires démontrent que l'assuré n'avait aucun motif de se suicider (3). Quant aux moyens de cette preuve, il n'est pas nécessaire d'observer les formalités prévues par le Code de Procédure Civile, et les tribunaux peuvent faire état d'enquêtes de police ou de gendarmerie, de certificats médicaux, d'avis d'experts, les parties en cause restant toujours libres de provoquer les mesures contradictoires qu'elles considèrent comme nécessaires (4).

Voici un jugement du Tribunal Civil de Bonneville du 23 février 1938 où se trouvent les deux attendus suivants, qui résument parfaitement la question : (5)

« Attendu que suivant une jurisprudence constante dans l'assurance contre les accidents, ce n'est pas la

(1) Montpellier. 1^{re} Chambre. 15 juillet 1935. *Rev. Gén. des Ass. Terr.* 1935, p. 570.

(1) Montpellier. 1^{re} Chambre. 7 février 1935. *Rev. Gén. des Ass.* 1935, p. 851; dans le même sens, la Cour d'Appel d'Aix, 3^e Chbre. 13 mars 1936. Même revue 1936, p. 609.

(3) Cour d'Appel Montpellier. Même revue 1937, p. 321.

(4) Cour d'Appel de Paris. Même revue 1937, p. 323.

(5) *Rev. Gén. Ass. Terr.* 1938, p. 794.

blessure qui ouvre le droit à l'indemnité, mais bien l'accident, c'est-à-dire un fait dommageable provenant d'un événement fortuit, d'une cause extérieure violente, indépendante de la volonté de l'assuré ; qu'en effet l'« accident » suppose par définition même un événement fortuit et involontaire ; qu'en conséquence c'est l'assuré qui a la charge de prouver l'accident ; et que, notamment, le bénéficiaire d'une police d'assurance individuelle doit prouver non seulement la blessure, mais encore l'accident qui en aurait été la cause...

...Attendu que si la preuve directe du caractère de l'accident par l'action soudaine et fortuite d'une force extérieure, étrangère à la volonté de l'assuré, ne peut, en général, être exigée lorsque l'accident s'est produit sans témoin, c'est à la condition que rien ne contredise la vraisemblance et n'accrédite l'hypothèse d'un fait volontaire ou en tout cas non couvert par l'assurance. »

Cette jurisprudence, constante en matière d'assurance individuelle, nous semble devoir s'étendre sans difficulté à l'Assurance Complémentaire qui, à vrai dire, n'a donné lieu qu'à fort peu de décisions des Tribunaux.

Le décès par suite d'accident doit être déclaré par les bénéficiaires par lettre recommandée à la compagnie dans un délai qui varie de cinq à huit jours. Cette déclaration doit être accompagnée de tous documents justificatifs de l'accident, de ses causes et circonstances et de sa relation avec le décès. Les conditions générales des polices précisent toutefois qu'aucune déchéance ne pourra être opposée aux bénéficiaires qui justifieront qu'ils ont été mis, par suite d'un cas fortuit ou de force majeure, dans l'impossibilité de faire la déclaration de décès dans le délai imparti, délai qui ne commencera à courir que du moment où l'impossibilité aura pris fin. Ces dispositions sont d'ailleurs

les dispositions générales prévues dans la loi du 13 juillet 1930 (art. 15) qui porte à l'avant-dernier paragraphe que « la déchéance résultant d'une clause du contrat ne peut être opposée à l'assuré qui justifie qu'il a été mis, par suite d'un cas fortuit ou de force majeure, dans l'impossibilité de faire sa déclaration dans le délai imparti » (A noter que l'article 15 *in fine* déclare que ces dispositions ne sont pas applicables aux assurances sur la vie. Or la jurisprudence n'a jamais prétendu ne pas les appliquer aux assurances individuelles, donc aux assurances complémentaires. C'est une preuve de plus que ces dernières n'ont pas le caractère d'assurances-vie). Ainsi le bénéficiaire peut opposer à l'assureur qu'il ignorait le sinistre ⁽¹⁾, ou que c'est par le fait de l'Administration des P. T. T. que sa déclaration ne lui est pas parvenue ⁽²⁾. La jurisprudence, par contre, est plus divisée si le bénéficiaire prétend avoir ignoré l'existence de la police prise à son profit et n'avoir pu, par conséquent, déclaré les circonstances de l'accident mortel. Il semble qu'on n'ait pas à faire grief au bénéficiaire de son ignorance ⁽³⁾ mais certaines décisions estiment, au contraire, qu'il appartenait au souscripteur de révéler au bénéficiaire l'existence de la police et, qu'en ne le faisant pas, il a commis une imprudence dont le bénéficiaire doit supporter les conséquences. ⁽⁴⁾

Quelques compagnies prévoient, en cas de retard, une indemnité proportionnée au dommage que ce retard leur aura causé, étant entendu que cette indem-

(1) Lyon 15-7-22. *Rec. Per. Ass.* 1923, p. 51.

(2) Poitiers 14-11-33. *Rec. Per. Ass.* 1933, p. 442.

(3) En ce sens, Paris 1^{re} Chambre 2-7-36. D. H. 1936, p. 481.

(4) En ce sens : Tribunal de Commerce de Saint-Etienne 4-6-35 et Tribunal Civil de la Seine, 7^e Chambre 20-5-36. *Rev. Gén. Ass. Terr.* 1936, p. 46 et 836.

nité ne sera pas réclamée si le retard est dû au cas fortuit ou à la force majeure.

Que faut-il entendre par bénéficiaires ? Les règles codifiées dans l'art. 63 de la loi de 1930, s'appliquent, à savoir que « la stipulation par laquelle le contractant attribue le bénéfice de l'assurance soit à sa femme, sans indication de nom, soit à ses enfants et descendants nés ou à naître, soit à ses héritiers » doit être considérée comme faite au profit de bénéficiaires déterminés, sans qu'il soit besoin d'inscrire leurs noms dans la police ou dans tout acte ultérieur. De même « qu'en l'absence de désignation d'un bénéficiaire déterminé dans la police ou à défaut d'acceptation par le bénéficiaire désigné, le souscripteur de la police a le droit de désigner un bénéficiaire ou de substituer un bénéficiaire à un autre ». La disposition intéressante de l'art. 63 qui déclare que « l'assurance faite au profit de la femme de l'assuré, profite à la personne qu'il épouse même après la date du contrat », fait intervenir la notion de détermination du bénéficiaire d'après sa qualité familiale et nous pensons que, s'étendant par analogie aux assurances individuelles, elle doit s'appliquer aussi aux assurances complémentaires. Remarquons que les bénéficiaires, désignés nominativement ou non, ne le sont pas dans la police complémentaire mais dans la police-vie. Il serait peut-être utile que leur désignation s'y trouvât également : sauf crainte d'erreur en cas de changements de désignation, il y aurait avantage à ce que chacun des deux co-assureurs possédât les renseignements concernant les bénéficiaires. Certaines compagnies l'ont compris et exigent cette désignation aux conditions particulières de la Police Complémentaire.

Si l'assuré perd la vie par le fait volontaire d'un bénéficiaire, ce dernier est, bien entendu, déchu de tous

droits sur le capital assuré. Toutefois, en règle générale, le capital reste payable aux autres bénéficiaires ou ayants droit, ceci par analogie avec l'assurance-vie. La loi oblige, en effet, l'assureur qui ne doit pas profiter du crime d'autrui, à verser le montant de la réserve aux ayants droit en cas de meurtre de l'assuré. Nous n'insisterons pas sur ce fait que le meurtre doit avoir été intentionnellement commis, quels qu'en soient les moyens, sinon il y a homicide par imprudence et les effets du contrat sont maintenus ; soulignons cependant que c'est l'intention de donner la mort qui doit être envisagée et non l'intention de faire ouvrir le droit à l'assurance : le fait matériel du crime suffit ⁽¹⁾.

La prestation consiste, nous l'avons vu, dans le paiement d'un capital égal à celui qui est souscrit au titre de l'assurance-vie, qui se trouve ainsi doublé. Observons que cette garantie est attrayante dans le cas d'une Assurance Complémentaire d'une assurance à terme fixe : le capital supplémentaire est, en effet, payé immédiatement après le décès, tandis que le capital-vie reste payable à l'échéance du contrat. Mais, à part ces cas particuliers, nous sommes obligés de constater que cette prestation est très discutable. Nous avons vu à quel besoin économique répond l'Assurance Complémentaire, en réalité assurance invalidité, besoin qui expliquait parfaitement son apparition sur le marché de l'assurance dans sa forme primitive : libération des primes ; service d'une rente d'invalidité. Le capital double ne répond pas à ce besoin, abstraction faite d'un petit nombre de petits cas particuliers. Un décès causé par un accident n'entraîne pas, en règle générale, des frais médicaux considérables, mais si le décès survient

(1) Tribunal Civil de la Seine. 16-6-1922. *Rec. Per. Ass.* 1922, p. 325.

à la suite d'une longue maladie, aux frais de médecins et de pharmaciens, vient s'ajouter la perte subie par l'assuré, privé de son gagne-pain pendant une période prolongée. C'est précisément en un tel cas que des prestations d'assurance plus élevées seraient désirables.

D'autre part cette prestation n'est pas sans danger pour la compagnie. Les primes demeurent, en effet, insignifiantes : on considère que le risque n'est pas cher et, au fond, on n'offre cette garantie que pour cette raison seule. En réalité, le risque d'accident s'est considérablement accru avec l'intensité croissante de la circulation : il serait peut-être bon d'étudier plus à fond les statistiques des accidents de la rue et de la route. En assurance individuelle les compagnies s'en sont préoccupées et le relèvement actuel de leurs tarifs est symptomatique à cet égard.

De plus il est à craindre que cette prestation intéresse surtout les personnes qui se savent davantage exposées au risque d'accident, d'où une anti-sélection qui n'est pas négligeable quand il s'agit, comme c'est souvent le cas, d'importants capitaux assurés.

Tous ces dangers doivent être pris en considération et les compagnies allemandes qui introduisirent, après l'inflation, cette garantie dans leurs contrats d'Assurance Complémentaire, ont fait à son sujet, des expériences nettement défavorables ; la prime, qui était au début de 1 à 1,5 % du montant du capital assuré, s'étant révélée insuffisante, dût être élevée de 1,5 à 3 %.

En France la doctrine — pour autant que l'on puisse appeler doctrine les opinions de quelques auteurs qui se sont intéressés à ce risque — est unanime à condamner cette pratique. Nous ne parlons pas du triplement du capital, en cas d'accidents de chemins de fer, par exemple, qui n'est qu'une fantaisie destinée à faire

miroiter aux yeux des assurables des chiffres impressionnants.

Les compagnies elles-mêmes ne semblent plus guère montrer d'enthousiasme pour cette prestation. Et, lorsqu'à la suite de l'examen des résultats obtenus, en particulier, en Amérique, l'Association Générale des Compagnies Accidents Droit Commun eût décidé en 1934 d'entreprendre pour elle-même une étude approfondie de la Complémentaire-Vie, sa Section de Statistique estima, comme l'une des premières directives à adopter en la matière, de proposer à ses membres de modifier les errements suivis en écartant systématiquement le paiement d'un capital en cas de mort accidentelle. Elle motivait sa proposition par ce fait que de « telles prestations faisaient un élément de concurrence à l'égard de la catégorie individuelle ». C'était une raison majeure pour l'Association qui groupait des compagnies accidents ; pour nous elle s'ajoute à celles que nous avons données.

Le capital assuré est versé au bénéficiaire après la remise à la compagnie de la police et de toutes les pièces justificatives, dans les trente jours qui suivent cette remise.

L'assuré ne bénéficie pas, enfin, dans tous les cas, de la garantie. En effet, les polices disposent « que la garantie prévue pour le cas de décès par accident prend fin à partir du moment où l'assuré bénéficie des avantages concédés pour le cas d'incapacité permanente complète de travail ». Il est, sans doute, normal qu'au moment où l'assuré représente une vitalité diminuée, donc un risque aggravé pour la compagnie, cette dernière suspende une prestation qu'elle a accordée à un homme sain et susceptible d'utiliser l'ensemble de ses réflexes à éviter l'événement imprévu qui sera cause de l'accident.

Par contre, en cas d'incapacité complète temporaire, cette exclusion semble moins nécessaire et les polices sont muettes à cet égard. Nous en concluons que la garantie « capital double en cas de mort accidentelle » continue d'être accordée, au cours de cette période : c'est le caractère permanent de l'incapacité qui décidera si la clause joue ou ne joue pas.

SECTION II

L'INCAPACITE PERMANENTE ET COMPLETE DE TRAVAIL

Nous ne reviendrons pas sur la définition de l'incapacité permanente et complète de travail. La quasi-généralité des compagnies françaises tourne la difficulté en dressant une liste des infirmités : nous en avons donné la liste-type au chapitre II. Ce sont évidemment des cas qui permettent assez facilement de discriminer le caractère à la fois total et définitif de l'invalidité, hormis, à notre sens, le cas d'affaiblissement progressif des facultés intellectuelles : pour celui-ci, en effet, nous entrons dans le domaine de la psychiâtrie et, bien que les polices prennent soin de préciser « quand ces phénomènes seront sous la dépendance d'une lésion des centres nerveux non susceptible de réparation », nous pensons qu'un diagnostic de ce genre peut présenter quelque difficulté.

Cette question de la constatation de la permanence de l'invalidité mise à part, les prestations garanties sont de deux ordres : exonération du paiement des primes et versement anticipé du capital assuré par le contrat-vie, ce versement pouvant présenter diverses modalités que nous verrons plus loin.

La garantie fondamentale est l'exonération des primes :

« Les primes de la présente assurance cesseront d'être dues à la compagnie X contre les accidents, et celle-ci, tant que l'assuré sera en état d'incapacité permanente absolue et que la police d'assurance sur la vie sera en cours, lui remboursera, par douzième échu, la prime de la dite police, correspondant à la période d'incapacité. »

Donc, exonération totale de la prime de l'Assurance Complémentaire et exonération par douzième de la prime-vie. Ce paiement par douzième n'est pas prévu par toutes les polices ; certaines ne précisent pas les modalités du paiement et nous pensons que cela est préférable. Avant-guerre, on considérait, au contraire, le procédé des douzièmes comme recommandable : ce versement mensuel entre les mains du souscripteur invalide, devait dans la pensée des assureurs et des auteurs de l'époque, l'obliger à le mettre de côté — ils précisaient même : à la Caisse d'Epargne — pour retirer à la fin de l'année la somme totale destinée à être versée à la compagnie d'assurance vie. Il évitait ainsi l'intérêt de 2 ou 3 % du fractionnement des primes, « et son argent n'était pas resté absolument improductif ». Nous croyons, malheureusement, à l'inanité de cet effort d'épargne et de plus nous craignons que l'assuré, qui doit recevoir de 50 à 200 francs par mois, ne soit tenté, peut-être par nécessité — n'oublions pas qu'il est invalide et a besoin de soins et de remèdes — nous craignons qu'il ne soit tenté d'employer cet argent à un autre usage et se trouve ainsi, à l'échéance de la prime-vie, devant une lourde dette : cela va contre le but même de l'Assurance Complémentaire. En pratique, actuellement, la plupart des compagnies accidents, même indépendantes de la compagnie-vie, versent

directement la prime-vie à cette dernière, soit sur demande de l'assuré, soit en le stipulant sur les conditions générales de leurs polices. Et comme les liens entre les diverses compagnies sont assez étroits, il n'y a, en réalité, la plupart du temps, pas de transport effectif d'argent mais un simple virement par jeu d'écriture, c'est le procédé le plus simple et le plus pratique pour l'assuré lui-même qui n'a pas à se préoccuper du règlement.

Les clauses de la police précisent que cette libération du service des primes n'a lieu que tant que la police d'assurance-vie est en cours : cela découle de ce fait que la police complémentaire suit le sort de la police-vie, et ne présente aucune difficulté.

La prestation accordée en second lieu est le versement anticipé du capital assuré par la police d'assurance sur la vie. Rappelons que les polices prévoient des délais selon la gravité des infirmités. Ainsi le délai est de deux ans pour les infirmités dont nous avons donné la liste, porté à trois ans en cas d'aliénation mentale. Le versement anticipé ne sera effectué qu'après ces délais, sauf lorsque l'incapacité permanente complète de travail aura été provoquée par un accident et consistera dans la perte des deux yeux ou dans la perte complète de l'usage de deux membres, supérieurs ou inférieurs, auquel cas il sera versé immédiatement. A noter qu'il s'agit alors d'une invalidité accidentelle et que les divers principes concernant la notion et la preuve de l'accident que nous avons énoncés dans la section précédente, s'appliquent ici intégralement. Le point de départ des délais en question est la constatation de l'infirmité par l'assureur.

Le montant du capital versé par anticipation est celui du capital-vie, déduction faite des versements à valoir, en principal et en intérêts, qui auraient pu

être consentis à l'assuré, antérieurement au transfert de la police. En effet le versement de ce capital a pour conséquence de rendre la compagnie accidents qui l'a effectué entre les mains du souscripteur, créancière de la Compagnie-Vie, ou plus exactement bénéficiaire de la police. Il est donc nécessaire qu'il soit fait un transfert régulier au bénéfice de la compagnie accidents de la pleine propriété de la police d'assurance-vie, « demeurée pleinement valable et pourvue de tous ses effets », comme le précisent les conditions générales. Il faut, en outre, que ce transfert soit accepté par la Compagnie d'Assurance-Vie : il s'agit là d'un transport-cession, par opposition au transport-garantie qui ne confère au cessionnaire qu'un droit de gage sur la créance de l'assureur, c'est-à-dire d'un abandon au cessionnaire d'un droit absolu de propriété. Ce transport suit les formalités du droit commun (art. 1869 et 1690 Code Civil) c'est-à-dire qu'il doit être signifié au débiteur, en l'espèce à la Compagnie-Vie. On a admis en jurisprudence que le transfert produit effet entre le cédant et le cessionnaire dès qu'il y a eu accord des volontés de la part des personnes en état de traiter : « il vaut par lui-même, abstraction faite de la rédaction d'un écrit qui ne sert qu'à certifier la transmission, abstraction faite aussi de la remise de la police... » (1). En pratique, le transfert a toujours lieu par voie d'avenant d'attribution et n'offre aucune difficulté. Désormais la Compagnie d'assurance Accidents devient bénéficiaire de la police-vie et prend la place de l'assuré-stipulant pour le paiement des primes à la Compagnie d'assurance-vie. Remarquons à ce propos qu'en réalité la prestation de la Compagnie-Accidents au bénéfice de l'assuré correspond, dans ce cas, à la

(1) J. LEFORT, *op. cit.*

différence entre le capital assuré et sa valeur escomptée, puisqu'elle ne recevra le capital qu'elle a versé en totalité qu'à l'échéance de la police-vie ou au décès de l'assuré.

A vrai dire cette prestation du versement anticipé du capital ne nous semble pas répondre au but de l'Assurance Complémentaire. Quelle que soit la notion d'invalidité servant de base à l'assurance, le but est de contrebalancer une incapacité durable. Or l'invalidé, l'infirme ⁽¹⁾, perdant des ressources régulières a besoin de toucher des prestations, également régulières, pour l'aider à vivre. Est-il logique de penser qu'un capital égal à celui qu'il a souscrit en assurance-vie, soit pour en jouir lui-même à une époque qu'il avait préjugée lointaine, soit pour en laisser le bénéfice à ses ayants droit, est-il logique de penser que ce capital représente pour lui, au moment où il est victime d'une invalidité désastreuse, le même intérêt ? Combien d'assurés sur la vie n'ont en vue que d'épargner une somme qui leur servira au terme de la police à acheter quelque maison, quelques terres à la campagne pour y finir leurs jours ; ceci explique, d'ailleurs, le succès de l'assurance-mixte qui, oserions-nous dire, joue sur ces deux caractères de l'esprit des hommes, par ailleurs non exclusifs l'un de l'autre : la prévoyance et l'égoïsme. En réalité la seule prestation utile à l'assuré est une rente. C'est la forme évidente de la réparation pécuniaire d'une incapacité qui le prive de ses moyens d'existence : il jouira ainsi d'une pension d'invalidité et gardera, malgré tout, le droit de recevoir le capital prévu dans sa police-vie, s'il est encore vivant à

(1) L'auteur de l'article paru dans *l'Assurance Moderne*, que nous avons déjà cité, se demandait pourquoi l'on n'employait pas davantage ce mot « d'infirme » dont le sens est clair pour tout le monde. Nous l'appuyons volontiers.

l'échéance, sinon ses ayants droit en bénéficieront, et cette combinaison conservera à l'acte de prévoyance de l'assuré son esprit initial.

Les polices d'Assurance Complémentaire prévoient la prestation de cette rente, dite temporaire, et qui est, selon les combinaisons, d'un montant de 5 % ou de 10 % du capital assuré. Certaines mêmes prévoient des rentes viagères dont le montant est également de 5 ou 10 % du capital-vie.

Seulement s'il est préférable de voir attribuer une rente qu'un capital il faut se demander si le choix doit en être laissé à l'assuré. C'est généralement le cas actuellement : les polices complémentaires présentent plusieurs systèmes de prestations à choisir et l'option est la plupart du temps, laissée à l'assuré, au moment de l'entrée en invalidité, entre le versement anticipé du capital souscrit et une rente temporaire, éventuellement viagère. Cette faculté nous semble déraisonnable. Si, en effet, du point de vue de l'assuré, elle peut se concevoir, le capital étant susceptible, exceptionnellement, de lui être plus utile qu'une rente d'un montant souvent peu élevé, il n'en est pas de même pour la compagnie. Pour l'assuré, qui ne voit pas toujours la supériorité d'une rente, même modeste, sur un capital dont le chiffre important l'impressionne, il demeure nécessaire de tracer la bonne voie en lui imposant le premier procédé. Mais pour la compagnie la question a plus encore d'importance. En effet garantir les deux prestations vient à démontrer leur équivalence. Or en est-il bien ainsi ? Le service de la rente peut occasionner à la compagnie un lourd sinistre : non seulement cette rente de 10 % est élevée, mais il faut y ajouter le service du paiement de la prime-vie qui représente sensiblement 3 à 4 % du capital-vie avec le paiement de la prime complémentaire qui n'est plus perçue, nous pouvons

admettre que cette rente atteint, en réalité, 14 à 15 %. Un invalide dont la mortalité, nous l'avons vu, devient, après quelques années, très proche de la mortalité générale, peut donc présenter des chances de longévité normales, d'où, du point de vue assureur, un sinistre important. Il semble donc que la compagnie ait intérêt à préférer le versement anticipé du capital qui la libère, la rend créancière de ce capital auprès de la compagnie-vie et ne lui cause finalement, nous l'avons dit, qu'un sinistre égal à la différence entre ce capital et sa valeur escomptée. La seule crainte éventuelle c'est que, le versement désintéressant complètement l'assuré, la compagnie-accidents ne perde cet assuré de vue et n'ait pas connaissance de son décès en temps utile pour le faire connaître à la Compagnie-Vie et recevoir le capital assuré. Cette crainte est, à notre avis, assez vaine mais certaines compagnies ont tourné la difficulté en ne payant qu'une fraction du capital assuré, la moitié par exemple, et en réservant la seconde pour l'échéance du contrat : disposition excellente puisqu'elle permet, en outre, de conserver à la police son rôle de prévoyance, jusqu'à son terme. D'autres compagnies n'ont pas laissé l'alternative aux assurés : elles leur demandent de choisir, et cela dès la souscription du contrat, par exemple, le service de la prime étant assuré dans tous les cas, soit une rente viagère de 5 ou 10 % ou même une rente temporaire de 10 %, soit le versement anticipé du capital, l'assuré conservant dans le premier cas, son droit au versement du capital dans les conditions de la police d'assurance sur la vie. D'autres, enfin, combinent tout ceci et offrent deux sortes de prestations : soit une rente viagère annuelle de 10 %, soit le versement anticipé du capital *ou* une rente temporaire de 10 %, l'un et l'autre accompagné en outre d'une rente supplémentaire viagère de 5 %. Il existe

encore d'autres systèmes, les compagnies s'étant ingénérées à trouver des formules d'apparence diverse mais qui, finalement, aboutissent au même résultat.

Nous pensons que les compagnies auraient intérêt à simplifier ces formules et à ne plus offrir, en sus de l'exonération des primes, qu'une rente d'un montant maximum uniforme de 5 %, cette rente ne devant pas avoir le caractère viager mais poursuivie seulement jusqu'à ce que l'assuré ait atteint l'âge de 60 ou 65 ans. L'ensemble des assureurs a penché vers cette solution. Ils ont remarqué que des rentes supérieures à 5 % pouvaient donner lieu « à une certaine spéculation ». L'exemple des Etats-Unis est probant à cet égard. En temps de crise et de difficultés économiques les statistiques font, en effet, apparaître une recrudescence d'accidents. Certains assurés de moralité douteuse pouvant avoir intérêt à réclamer à l'assurance des ressources que leurs moyens normaux d'existence ne leur apportent plus. Lorsqu'il s'agit de capitaux importants cette pratique n'est pas sans dangers pour les compagnies. Une grande compagnie suisse a même laissé libre champ à cette estimation de la rente qui, dit-elle, dans une de ses circulaires « doit se déterminer d'après le produit du travail de l'assuré, mais toujours de façon à ce que ce dernier ait un avantage suffisant à conserver, s'il est possible, son aptitude au gain ».

Le droit à la rente annuelle, viagère ou temporaire, s'ouvre, dans la plupart des cas, trente jours après la réception par la compagnie-accidents de la preuve de l'invalidité, c'est-à-dire compte tenu des délais d'invalidité dont nous avons parlé. Chez certaines compagnies ce délai est porté à quarante-cinq jours. Le versement de la rente ou du capital est effectué entre les mains du souscripteur infirme. Toutefois, certaines polices prévoient que dans le cas d'aliénation mentale, telle

qu'elle est définie dans les conditions générales, le versement sera fait entre les mains du représentant qualifié. La compagnie suisse que nous citons ci-dessus décide, elle, que les prestations garanties en cas d'invalidité commenceront à courir « s'il est à prévoir que l'invalidité sera durable, au début de l'année qui suit celle au cours de laquelle l'invalidité s'est produite ». Il s'agit de l'année d'assurance de la police-vie avec laquelle cette disposition est ainsi mise en harmonie.

Enfin le bénéfice des dispositions concernant la libération des primes, vie et complémentaire, et le versement de la rente doit cesser le jour où l'assuré ne se trouverait plus en état d'invalidité totale et permanente. Ceci est un argument de plus en faveur de l'abandon de la prestation du versement anticipé du capital, puisque dans ce cas la compagnie n'a plus aucun recours contre l'assuré, définitivement désintéressé, dans le but de récupérer une partie de la somme versée.

Il est logique que toute modification du degré d'invalidité entraîne une modification correspondante des prestations et que, s'il se réduit à zéro, ces prestations soient supprimées. Mais dans la pratique cela peut être une source de difficultés ; il est aussi délicat de décélérer la cessation du caractère permanent de l'invalidité que celui-ci même. Aussi les compagnies prennent-elles soin d'insister sur le droit qu'elles se réservent de faire contrôler en tout temps l'état de l'assuré. Ce contrôle a lieu, naturellement, à leurs frais et si un examen médical détaillé est nécessaire, l'assuré est tenu de s'y soumettre ; la sanction est prévue : si l'assuré s'oppose à ce contrôle la compagnie lui adressera une lettre de mise en demeure de trente jours après l'envoi de cette lettre recommandée, il sera déchu de tous ses droits aux prestations. Quelques polices ajoutent cependant

que le refus devra être dûment constaté, formule un peu elliptique, mais qui donne à l'assuré une dernière possibilité d'éviter la déchéance. Cette inquisition est, évidemment, assez désagréable. S'il nous a, en effet, semblé que la clientèle assurable se prêtait volontiers à un examen médical à la souscription de la police et, éventuellement, à un contrôle au moment d'un sinistre, il n'en est pas de même en ce qui concerne l'intrusion périodique des médecins de la compagnie. En pratique cette intrusion existe rarement : si l'invalidité est de telle nature qu'il ne soit pas vraisemblable d'attendre une modification de son degré, la compagnie s'abstiendra de procéder à de nouveaux contrôles. Il reste les cas douteux et pour ceux-ci il est du devoir de la compagnie de vérifier de temps à autre l'état de ses assurés invalides. La crainte de ce contrôle — et c'est un principe qu'il serait souhaitable d'appliquer en bien des domaines — suffira souvent à écarter ceux qui chercheraient dans l'assurance — comme dans d'autres institutions — un bénéfice anormal, pour ne pas dire plus.

SECTION III

L'INCAPACITE TEMPORAIRE COMPLETE

« En cas d'accident ou de maladie entraînant une incapacité temporaire complète de travail ou, tout au moins, l'obligation de garder le lit ou la chambre, les primes cesseront temporairement d'être dues à la Compagnie Accidents et celle-ci, tant que l'incapacité sera complète et que la police d'assurance-vie sera en cours, remboursera à l'assuré, par douzième échu, la prime de ladite police, correspondant à la période d'incapacité. »

Nous retrouvons la prestation prévue au titre de l'incapacité permanente absolue : libération du service des primes. Le versement par douzième échu peut être remplacé par le paiement direct à la Compagnie-Vie du montant de la quittance ou, s'il y a lieu, du prorata correspondant à la durée de l'invalidité.

C'est à l'assuré de faire la preuve de l'incapacité qu'il subit. Il adressera sa déclaration à la compagnie par lettre recommandée en y joignant une attestation détaillée de son médecin. La compagnie pourra exiger toutes justifications qu'elle jugera nécessaires : elle sera alors à même de prendre position et de considérer l'incapacité déclarée comme complète. Le jour de cette reconnaissance sera le point de départ des prestations assurées, étant précisé que cela ne peut être avant le 31^e jour qui suivra celui de la déclaration. Certaines polices fixent simplement ce délai de trente jours sans laisser sous-entendre des périodes de justification préalable qui, à vrai dire, semblent dangereuses pour l'assuré lequel peut ainsi, s'il a affaire à une compagnie chicanière, voir repousser exagérément l'entrée en jouissance de la prestation. D'autres enfin prévoient un délai de quarante-cinq jours. Cette période d'attente est beaucoup plus longue chez certaines compagnies étrangères : en particulier la compagnie suisse dont nous parlions plus haut, prétextant que la distinction entre l'assurance-maladie et l'assurance-invalidité est plus difficile si l'incapacité semble devoir être temporaire que si elle est permanente, déclare que « s'il est à prévoir que l'invalidité aura un caractère temporaire, les prestations commenceront un an plus tard que dans le cas de l'invalidité permanente » pour laquelle, nous l'avons vu, la prestation commence au début de l'année d'assurance de l'assurance-vie.

Mais nous retrouvons là la difficulté essentielle de

la Complémentaire-Vie, c'est-à-dire l'impossibilité quasi-générale de décider au début si l'invalidité revêt un caractère temporaire ou permanent, et, au fond, l'application de « périodes d'attente » aussi longues revient à garantir ce qu'on a appelé l' « assurance de l'invalidité présumée définitive ». Ce système n'est applicable, en réalité, que dans les pays et pour les compagnies où la notion d'invalidité se fonde sur un principe large. C'est le cas en Suisse où l'on a admis généralement la notion d'incapacité générale de gain. Certaines compagnies sont allées jusqu'à donner un effet rétroactif aux prestations, en remontant au début de l'invalidité si la durée de celle-ci dépasse le délai mentionné : cette concession s'est révélée dangereuse, l'assuré ayant, en effet, un trop grand intérêt à prolonger son incapacité temporaire jusqu'à la limite du délai.

La généralité des compagnies françaises ne garantit que la libération du service des primes en cas d'incapacité temporaire. La question reste de savoir si elles devraient également prévoir, à l'instar de nombreuses compagnies étrangères, une rente temporaire à verser à l'assuré pendant le temps de son incapacité. Théoriquement cela semble logique ; les raisons qui ont milité en faveur du versement d'une rente dans le cas d'incapacité permanente demeurent valables : l'Assurance Complémentaire doit être assurance du risque invalidité quel qu'il soit. En réalité, cette prestation, qui serait souhaitable pour un certain nombre d'incapacités temporaires de longue durée et présentant les mêmes caractères de gravité et de « manque à gagner » que des incapacités permanentes : la tuberculose, par exemple, nous paraît inopportune dans la majorité des cas. Son application, aux Etats-Unis, a donné de douloureux déboires : c'est surtout à son sujet qu'il faut

craindre la « spéculation » dont nous parlions à propos des rentes en cas d'incapacité permanente et plus encore l'amoralité de certains assurés et les fraudes de tous ordres auxquelles peuvent donner lieu des certificats médicaux de complaisance, sans parler de certaines collusions entre médecins de compagnies et assurés, l'ensemble se produisant dans le climat favorable des périodes économiques et sociales particulièrement troublées. Il nous semble que la formule, généralement adoptée par les compagnies de notre pays, considérant le fait de garder le lit ou la chambre comme équivalent à une incapacité temporaire est déjà assez large, sans y ajouter le bénéfice d'une prestation exagérée. La rente d'invalidité temporaire est du domaine de l'assurance-maladie bien comprise et ne doit pas incomber à l'Assurance Complémentaire qui n'a à jouer, en l'occurrence, que son rôle normal : aider l'assuré qui vit des jours difficiles à conserver le bénéfice d'un contrat-vie. Insistons une fois de plus sur le caractère privé de la Complémentaire-Vie qui ne doit pas être une manière d'Assurance Sociale pour classes moyennes, du moins dans sa forme primitive car nous verrons qu'elle peut faire partie de l'assurance collective dite « Assurance de Groupes » et dans ce cas prendre ce caractère social.

SECTION IV

L'INCAPACITE PARTIELLE

Nous avons déjà examiné et discuté l'intérêt de cette prestation qui n'est garantie par aucune compagnie française, à part deux ou trois exceptions. Nous avons vu la difficulté qu'il y a à tracer une ligne de démar-

cation entre l'invalidité totale et l'invalidité partielle, et fait remarquer qu'une conception nouvelle de la notion d'invalidité adoptée en France permettrait d'assurer cette incapacité. Rappelons simplement qu'elle est garantie très fréquemment à l'étranger, en général avec cette restriction qu'elle doit atteindre un degré d'au moins un quart de la capacité complète. Son champ d'action étant ainsi réduit aux cas réellement graves, cette prestation correspond à un besoin certain et n'a apporté, dans son application particulière, aucune difficulté notable.

Les raisons qui ont poussé les compagnies françaises à ne pas couvrir ce risque qui, à vrai dire, ne présente pas un danger exceptionnel sont d'ordre commercial : de même que le versement d'un capital double en cas de mort accidentelle est considéré actuellement comme devant être écarté des polices complémentaires parce qu'il fait concurrence à la prestation analogue de l'assurance individuelle, de même l'incapacité partielle paraît aux yeux des assureurs comme devant être également écarté, « tout système d'indemnisation en cas d'incapacité partielle permanente faisant de la police complémentaire un élément de concurrence à l'égard de la catégorie individuelle ». Il nous semble que cette objection n'est pas absolue et que le versement d'une rente proportionnelle ou, au moins, la libération du service des primes, pourrait fort bien être garantis par les compagnies françaises, étant stipulé que le degré d'invalidité devrait atteindre au minimum 25 % ce qui laisserait à l'assurance individuelle la possibilité de continuer à couvrir toutes les petites invalidités. D'ailleurs l'assurance individuelle est infiniment plus entrée dans les mœurs de la clientèle assurable que l'Assurance Complémentaire et, compte tenu d'abord qu'elles ne poursuivent pas le même but et ne

s'appuient pas sur les mêmes bases, la concurrence entre elles, inexistante actuellement, ceci par expérience, nous paraît improbable pour l'avenir.

SECTION V

LES CONDITIONS GENERALES DE LA POLICE

Déclarations, modifications.

L'assurance a pour base les déclarations faites par le contractant ou le tiers assuré tant à la Compagnie-Vie qu'à la Compagnie-Accidents. Toute erreur ou omission dans ces déclarations donnent lieu à l'application des sanctions prévues par les articles 21 et 22 de la loi du 13 juillet 1930. C'est-à-dire qu'en cas de réticence ou de fausses déclarations intentionnelles le contrat sera frappé de nullité, disons plus brièvement en cas de mauvaise foi à l'égard de l'assureur, tandis qu'en cas d'omission ou de déclarations inexactes, de bonne foi, le contrat demeure valable, l'assureur gardant le droit de le résilier ou de proposer une augmentation de la prime. L'article 21 formule une réserve en matière d'assurance-vie, disant que l'erreur, même intentionnelle sur l'âge de l'assuré, n'entraîne pas nécessairement la nullité de la police : il y a dans ce cas réduction proportionnelle des prestations ou restitution du trop perçu par l'assureur. Il ne fait aucun doute pour nous que cette disposition s'applique également à l'Assurance Complémentaire, bien que cette dérogation soit de droit étroit et vise expressément l'assurance-vie. L'Assurance Complémentaire, sans être de la nature de l'assurance-vie, quant à ses effets, se modèle, nous l'avons dit, sur elle, quant aux éléments

servant de base à l'assurance : la prime complémentaire étant très souvent calculée en pourcentage de la prime-vie, et cette dernière tenant compte de l'âge de l'assuré, il est logique que la dérogation ci-dessus soit aussi applicable dans le domaine de la Complémentaire-Vie. Ajoutons que nous prévoyons, dans un avenir rapproché, que la prime complémentaire sera elle-même calculée techniquement et tiendra compte dans son propre tarif de l'âge de l'assuré (*infra* chapitre V). L'application à son égard de la réserve de l'article 21 ne sera plus discutable.

Il reste la question de la validité de la clause d'incontestabilité qui pourrait être, éventuellement, insérée dans les conditions générales. Cette clause, qui a fait couler beaucoup d'encre depuis son apparition aux Etats-Unis ⁽¹⁾, par laquelle l'assureur renonce expressément à se prévaloir, dans certaines conditions des erreurs ou omissions contenues dans la déclaration de l'assuré, doit être considérée comme licite, bien que la loi soit muette à son égard, par ce « motif décisif que les dispositions d'ordre public de la loi ne s'opposent nullement à ce que l'assureur concède à l'assuré des conditions meilleures que celles que la loi accorde à celui-ci » ⁽²⁾. Il faut admettre, par analogie, sa validité en Assurance Complémentaire. Demandons cependant, avec M. Maurice Picard, qu'elle soit rédigée de façon précise, afin que les parties aient une notion claire de sa portée et qu'elle indique, notamment, qu'elle ne couvre pas la mauvaise foi de l'assuré. En effet, les réticences et fausses déclarations, même si la police

(1) Cf Maurice PICARD. La clause d'incontestabilité dans les polices d'assurance vie et la loi du 13 juillet 1930. *Rev. Gén. Ass. Terr.* 1932, p. 236.

(2) *Code des Assurances, op. cit.*, p. 304.

contient la clause d'incontestabilité, annulent le contrat, alors même, a-t-il été jugé, que l'assureur n'a contracté qu'après avoir soumis l'assuré à une visite médicale, car l'avis du médecin, chargé d'une simple mission de contrôle, ne peut relever un contractant des mensonges par quoi il est parvenu à obtenir l'engagement de l'assureur ⁽¹⁾. Si la police complémentaire devient nulle, de la nullité prévue à l'article 21, la loi attribuera des dommages-intérêts à l'assureur, en l'espèce toutes les primes payées, même d'avance et celles échues non encore réglées, la sanction étant encore plus lourde en assurance-vie où le stipulant perd son droit au remboursement de la réserve. Enfin, par analogie encore avec l'assurance-vie, nous pensons que le bénéficiaire d'une police complémentaire ne peut être déchu de son droit si le souscripteur ignorait, au moment de la souscription de la police, la maladie dont il est mort et si l'assureur n'a pas exigé d'examen médical.

D'autre part, l'assuré qui change d'état ou de profession ou exerce celle-ci dans d'autres conditions que celles prévues au moment de la souscription de l'assurance doit en faire la déclaration à la compagnie. Cette clause est générale. Certaines compagnies précisent cependant qu'elles considèrent une modification d'état ou de profession « comme un cas susceptible d'aggraver le risque ». Cette addition est parfaitement justifiée. Les commentateurs de la loi du 13 juillet 1930 insistent, en effet, sur le caractère de l'aggravation prévue par les articles 15 et 17 : cette aggravation ne doit être prise en considération que « lorsque son importance est telle que si elle avait existé du temps de la souscription de la police, l'assureur n'aurait pas

(1) Tribunal Civil de Bar-s.-Seine. 15-5-1933. *Rev. Gén. Ass. Terr.* 1934, p. 555.

accepté la charge du risque ou ne l'aurait fait que moyennant une prime plus élevée » (1). Il reste à savoir ce que signifie ce critérium de l' « importance » de l'aggravation. On sait que la loi, en ce qui concerne la déclaration à faire par l'assuré, a adopté un système combiné de questionnaire et de déclaration spontanée, ou plus exactement ce que nous appellerions un système de « déclaration spontanée guidée ». L'exposé des motifs, en effet, dit qu' « il est nécessaire que l'attention de l'assuré ait été appelée sur ce que l'assureur, d'après la nature de l'assurance, considérerait comme important ». Or les compagnies françaises, sauf peut-être, en ce qui concerne le risque incendie, sont muettes sur la désignation des circonstances à déclarer par l'assuré. La formule de la police complémentaire qui énonce la modification de profession comme pouvant présenter une aggravation est donc parfaitement justifiée. En réalité nous pourrions chicaner ses termes qui sont un peu vagues. Il est vrai que l'assuré, dans cette matière délicate d'une aggravation subjective du risque, pourrait mal comprendre ses obligations et il est, en fait, préférable qu'il déclare les modifications à son état ou à sa profession, en tout état de cause, la compagnie restant seul juge de décider s'il y a aggravation ou non. C'est un cas, nous semble-t-il où l'assuré qui, d'après la doctrine, n'est tenu que d'indiquer les aggravations sérieuses, doit faire connaître toutes les circonstances modifiant son état ou sa profession sans avoir à faire lui-même le procès de leur importance (2). S'il y a aggravation effective la compagnie peut demander, par application de la règle générale de l'article 17,

(1) *Code des Assurances, op. cit.*, p. 179.

(2) J. DESCHAMPS. Quelles aggravations de risque l'assuré doit-il déclarer ? *Rev. Gén. Ass. Terr.* 1932, p. 716.

l'augmentation de prime correspondante et, en cas de refus par l'assuré de l'acquitter, résilier la police. Enfin, toujours aux termes de la loi, lorsque l'aggravation est due au fait volontaire de l'assuré qui, d'autre part refuse l'augmentation de prime, la compagnie est en droit de lui réclamer une indemnité devant les tribunaux.

Paiement des primes.

Les primes, augmentées des droits de timbre établis par la loi sont acquittées d'avance, soit annuellement, soit pour une partie de l'année, suivant le mode de paiement déterminé dans la police d'assurance sur la vie. Le paiement, sauf en ce qui concerne la première, en est effectué soit au siège de la compagnie, soit entre les mains des personnes chargées de les recevoir, contre quittances signées par le directeur de la Compagnie-Vie auquel la Compagnie-Accidents donne tous pouvoirs à cet effet.

« L'assurance n'a d'effet qu'après la signature de la police, sa remise à la compagnie et le paiement de la première prime » — à condition, ajoutent même certaines conditions générales que l'assuré soit vivant au moment de ce paiement — ce qui va de soi et est, à notre avis, mieux exprimé dans la clause précisant simplement qu'en plus des conditions énumérées la police complémentaire ne prendra effet qu'après l'entrée en vigueur de la police-vie : liaison nécessaire entre les deux sortes d'assurance.

Conformément aux dispositions de la loi de 1930, article 16, à défaut de paiement à son échéance de l'une des primes (autre que la première) et vingt jours après celui de l'envoi par la compagnie-vie, chargée de ce mandat, par la compagnie-accidents, d'une lettre recom-

mandée, détachée d'un registre à souche et remplissant les conditions imposées par la loi, mettant l'assuré en demeure d'acquitter le montant de cette prime, l'effet de l'assurance est suspendu. Si, dix jours après l'expiration de ce délai, l'assuré n'a pas acquitté la prime en souffrance et les frais de mise en demeure, l'assurance peut être résiliée par une déclaration contenue dans une seconde lettre recommandée, également détachée d'un registre à souche. Il est de convention expresse qu'il sera suffisamment justifié de l'envoi de ces lettres recommandées au moyen du récépissé de la poste, et du contenu de ces lettres au moyen des registres à souche. L'assurance résiliée est de nul effet et les primes payées restent acquises intégralement à la compagnie.

Tout ceci est l'application pure et simple au contrat complémentaire de l'ensemble des dispositions de la loi qui a codifié les règles coutumières des compagnies concernant l'effet des polices et le paiement des primes. Toutefois ces clauses contiennent une particularité, le pouvoir donné à la Compagnie-Vie de quérir et de poursuivre éventuellement le recouvrement des primes, qu'il peut être intéressant d'étudier.

Quelle est en effet la valeur du mandat ainsi donné à la Compagnie-Vie? La police ne précise pas sous quelle forme a lieu ce pouvoir et cela est, au fond, d'assez peu d'intérêt, sauf qu'il doit être d'objet limité puisque son but est d'autoriser la Compagnie-Vie à poursuivre le règlement des primes, et cela seulement. La raison est pensons-nous, une raison de simplification puisque la prime de l'Assurance Complémentaire est généralement calculée en fonction de la prime-vie. Nous ne croyons pas qu'il soit possible de contester à la Compagnie-Accidents de donner mandat à la Compagnie-Vie de quérir les primes, l'assuré se trouvant valablement libéré de son paiement par la remise d'une quit-

tance, même émise par la Compagnie-Vie. Il y a là un procédé sensiblement analogue à la remise d'une quittance par l'agent de la compagnie et, en fait comme en droit, la Compagnie-Vie agit comme une sorte d'agent de la Compagnie-Accidents. La jurisprudence tend en effet de plus en plus à considérer l'agent d'assurance comme le mandataire de sa compagnie et non comme son employé. Nous pouvons donc assimiler la Compagnie-Vie à un agent particulier dont les pouvoirs, expressément limités, seraient réduits à la simple quérabilité de la prime de l'Assurance Complémentaire. Encore se pourrait-il que cette assimilation fut contestable : le rôle d'agent ne rentre pas dans la catégorie d'opérations pour lesquelles la Société-Vie a été agréée et nous savons qu'aux termes de la législation en vigueur il est impossible à cette dernière de pratiquer toute autre opération. La seule chose que l'on puisse dire est que tout se passe comme si la Compagnie-Vie jouait un rôle d'agent.

Si aucun texte ne s'oppose donc à ce que le versement des primes de l'Assurance Complémentaire soit effectué entre les mains de la Compagnie-Vie, agissant comme mandataire, il semble que la réponse en ce qui concerne le recouvrement de ces primes doit être différente. En effet, les dispositions de l'article 16 de la loi de 1930 visent les rapports entre l'assureur et l'assuré, et cela expressément ; notamment la lettre recommandée doit être adressée par l'assureur lui-même. Or l'assureur n'est pas la Compagnie-Vie mais sans discussion possible, la Compagnie-Accidents, et, d'ailleurs, les polices sont parfaitement claires à ce sujet : elles portent toutes que la Compagnie X d'assurance contre les accidents *garantit* ou *assure*... etc. Il appartient donc, au terme de la loi, à la seule Compagnie-Accidents de se conformer à l'article 16 en cas de non paiement de la

prime complémentaire à l'échéance. Au surplus, la Compagnie d'assurance sur la vie étant, aux termes de l'article 75 de la loi de 1930, dépourvue d'action pour exiger le paiement de la prime d'assurance sur la vie, on ne comprendrait pas comment elle pourrait exercer une action en ce qui concerne la prime complémentaire. L'assuré défaillant pourrait donc être fondé à s'opposer aux mesures prises contre lui par une Société-Vie, qui en eût été chargée expressément par la Société-Accidents par laquelle cet assuré est garanti, en les déclarant entachées d'illégalité. Nous ne pensons pas qu'un cas semblable se soit jamais produit.

A vrai dire, et pour passer du domaine spéculatif à celui de l'équité, il semblerait que l'Assurance Complémentaire, accessoire de l'Assurance Vie, ne dût pas être soumise aux règles de l'article 16. L'article 75 est de droit étroit ; nous avons vu qu'il avait été admis que cet article ne peut en aucune façon s'appliquer à d'autres catégories d'assurance, assurances individuelles en particulier. Mais par cette seule raison que s'il n'y a plus assurance sur la vie, l'Assurance Complémentaire devient inexistante dans son objet, il paraît logique que la prime complémentaire subisse le sort de la prime-vie et ne puisse être non plus recouvrée pour les échéances à venir. Tout au plus, pourrait-on admettre le recouvrement d'une prime proportionnelle, correspondant à la valeur réduite éventuelle du contrat-vie pour les seules prestations de la rente d'invalidité et du capital double. Il ne peut appartenir, répétons-le, à la Compagnie-Vie légalement dépourvue d'action dans son domaine d'en exercer une dans le domaine de l'Assurance Complémentaire.

En pratique la question donne lieu à fort peu de difficultés, les contentieux des Compagnies-Vie et des Compagnies-Accidents étant, lorsqu'il s'agit, et c'est le

cas le plus fréquent, de compagnies-accidents filiales ou sociétés-sœurs de Compagnies-Vie, en contact permanent.

Remarquons cependant que, dans ce domaine aussi, le régime actuel de la complémentaire présente quelque incohérence et que c'est une raison nouvelle de réclamer une organisation précise de ce type d'assurance.

Les exclusions.

En principe l'assuré est garanti par l'Assurance Complémentaire dans toutes les circonstances où le garantit la police de la Compagnie-Vie. Toutefois les polices énumèrent expressément un certain nombre d'exceptions : ce sont les conséquences.

a) Des accidents qui sont le fait volontaire des bénéficiaires du contrat et ceux qui résultent d'une tentative de suicide conscient ou de mutilation volontaire ;

b) De l'ivresse et de l'abus de l'alcool, de la morphine et autres substances produisant les mêmes troubles, de l'utilisation des rayons X et de substances radio-actives... etc. ;

c) Des blessures ou lésions ayant ou non entraîné la mort résultant des faits de guerre ou d'engins de guerre, que l'assuré ait été mobilisé ou non ; des blessures ou lésions ayant ou non entraîné la mort survenues en cas de guerre civile, d'insurrection ou d'émeute, de rixe (sauf le cas de légitime défense) ; de blessures provenant de tremblements de terre ;

d) Des concours de vitesse, des courses en tous genres, des matches ou paris... etc.

Nous avons déjà examiné succinctement les conséquences au point de vue de l'Assurance Complémentaire des accidents qui sont le fait volontaire des bénéficiaires du contrat et de ceux qui résultent d'une tenta-

tive de suicide conscient ou de mutilation volontaire. Nous n'y reviendrons pas. Disons seulement qu'en ce qui concerne le suicide, les pratiques antérieures des compagnies françaises ont été codifiées dans l'article 62 de la loi de 1930 qui a conservé le criterium de suicide conscient et suicide inconscient, en laissant au juge de fond l'appréciation souveraine de ce caractère : la définition, qui a été dégagée par la doctrine et la jurisprudence, est que le suicide conscient doit être l'œuvre d'une volonté saine, d'un individu jouissant de ses facultés mentales tandis que « le suicide inconscient, ou mieux involontaire, doit s'entendre de l'acte accompli par un être privé de sa raison, habituellement ou passagèrement, ou dont la volonté est complètement obnubilée par une impulsion irraisonnée et irrésistible, qui l'amène fatalement et nécessairement au suicide » (1). Ajoutons enfin que les règles de preuve de l'article 62 sont spéciales à l'assurance-vie et ne s'appliquent pas aux assurances individuelles, pour lesquelles il appartient aux bénéficiaires de prouver l'accident : nous insistons sur ce fait qu'il nous paraît que l'Assurance Complémentaire, bien que suivant l'ensemble des dispositions de l'assurance-vie, ne peut se voir appliquer l'article 62 par analogie, puisqu'elle se rapproche, en matière de décès accidentel, de l'assurance individuelle. Nous pensons plutôt qu'en cas de suicide inconscient — ou en cas de suicide conscient survenu après un délai de deux ans depuis la conclusion du contrat — les bénéficiaires de l'assurance-vie auxquels sera versée, soit la somme égale au montant de la réserve, aux termes de l'article 62, soit le capital assuré par la

(1) Tribunal Civil de la Seine, oct. 1934 et arrêt de la Cour d'Appel de Paris du 14 janvier 1935 qui assimile à la volonté de suicide le fait de trouver épinglé sur le veston du mort une lettre contenant ses dernières volontés.

police-vie, ne sauraient être fondés à réclamer à la Compagnie d'assurance Accidents le montant du capital assuré au titre de l'Assurance Complémentaire correspondant à la prestation « décès accidentel », sauf la preuve, à administrer par eux, qu'il y a eu accident et non suicide.

Quant aux conséquences des mutilations volontaires, elles sont inassurables par le principe même de l'article 12 de la loi de 1930, puisqu'elles rentrent dans le domaine des « pertes et dommages provenant d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré ». Disposition logique, puisque, dès qu'il y a faute intentionnelle, il y a dol, donc suppression du risque, de l'événement fortuit, incertain, base de l'assurance. La seule exception, en matière d'assurance-vie, est, nous venons de le voir, le suicide conscient au bout de deux ans et sa raison d'être est qu'après deux ans de délai, « on ne peut dire que la police a été signée par un assuré déterminé à se donner la mort » (1).

Rentrent également dans les exclusions les conséquences de l'ivresse... etc. énumérées au paragraphe b. Le caractère de faute intentionnelle reparaît ici. Notons qu'en assurance l'ivresse est tout état d'ébriété, d'excitation causé par la boisson sans qu'il y ait lieu de tenir compte des degrés de cet état : un assuré qui a été acquitté sur le chef d'ivresse publique, peut très bien être recherché par le juge civil pour un état d'ébriété rentrant dans la nature de l'exclusion prévue dans sa police d'assurance (2).

Certaines polices prévoient également l'exclusion du risque de l'utilisation des rayons X et des substances

(1) Code GODART, p. 124.

(2) Cour d'Appel d'Angers. 1^{re} Chambre, 21 juillet 1936. *Rev. Gén. Ass. Terr.* 1937, p. 96.

radio-actives, mais assez rarement. Il est en effet loisible à la compagnie de prendre connaissance avec assez de précision de la profession de l'assuré pour savoir s'il est exposé à ce risque et de le refuser à ce moment ou bien de l'accepter moyennant surprime. Plus rarement encore, les polices refusent de garantir les suites des maladies vénériennes... etc.

Quant aux blessures et lésions survenues au cours ou à la suite de guerre étrangère ou civile, d'insurrection ou d'émeute, écartées également de l'assurance, elles donnent lieu à des difficultés particulières en raison de la définition à attribuer à la guerre civile, à l'émeute, aux mouvements populaires... etc. C'est d'autant plus important que certaines polices garantissent l'émeute et excluent la guerre civile. D'après Littré, l'émeute est proprement un tumulte séditieux et la guerre civile est la voie des armes entre les citoyens. La Cour de Bordeaux a jugé qu'on doit entendre par émeute « tout soulèvement ayant pour but d'imposer, par l'intimidation ou par la force, la réalisation de revendications économiques, sociales ou politiques, ou de témoigner le mécontentement d'une partie de la population contre une autre partie de la population, en s'insurgeant contre les édits de l'autorité, et en constituant un déploiement de forces mettant en péril la sécurité publique » (1). Le risque de guerre étrangère, lui, est formellement exclu des polices et cela même si, par un avenant comportant prorogation ou surprime ou tout autre moyen de garantie élaborée par la compagnie, l'assuré conserve le bénéfice de son assurance-vie en cas de guerre.

(1) 12 février 1934. *Gaz. Pal.* 1934. I 589. Cf. également Cour de Cassation d'Italie. Chambres réunies 14 janvier 1935. *L'Argus* 1936, p. 1.639, qui ne distingue pas si le mouvement est dirigé ou non contre l'Etat.

Duels, Rixes... etc. sont généralement objet d'exclusion quant à leur conséquence ; certaines polices précisent « sauf le cas de légitime défense ». D'autres ajoutent les blessures provenant de tremblement de terre : compte tenu de la probabilité du risque, il semblerait au contraire que cette éventualité n'ait pas à être exclue ; à vrai dire, nous n'avons vu qu'une seule police l'excluant.

Enfin les conditions générales ajoutent aux risques exclus, ceux qui sont particulièrement dangereux : courses, matches, paris... etc. Ces clauses sont de style et se retrouvent dans toutes les polices.

Les additions éventuelles.

Nous désignons ainsi un certain nombre de clauses qui, à proprement parler, devraient rentrer dans le cadre des exclusions, mais qui, par l'évolution chaque jour plus prononcée des facilités accordées par les compagnies à leur sujet, deviennent ou deviendront prochainement assurables, parfois même sans que la prime ait à subir une majoration.

Il s'agit d'abord du risque de voyage. Jusqu'à présent les polices complémentaires couvrent ce risque dans les mêmes conditions que les polices-vie, c'est-à-dire qu'il est garanti dans le monde entier, sauf en ce qui concerne les pays situés entre les tropiques pendant les six premiers mois à dater de la souscription de l'assurance. Jusque là, si l'assuré doit s'y rendre, il sera tenu, sous peine d'annulation du contrat, de verser à la compagnie une surprime variable. Certaines compagnies sont assez rigoureuses sur ce chapitre. Par contre il en est qui n'appliquent cette surprime que si l'assuré a souscrit dans l'Assurance Complémentaire, la garantie du capital double en cas de décès acciden-

tel ; c'est à notre sens une erreur : s'il est certain, en effet, que le risque est aggravé par le voyage dans ces contrées et par le séjour que l'assuré est susceptible d'y faire, il nous semble qu'il l'est surtout au point de vue de l'invalidité, bien plus en tous cas qu'en ce qui a trait au décès accidentel. L'assureur, hormis peut-être le Lloyd's de Londres, dont les représentants sont disséminés dans le monde entier, n'a pas toujours la possibilité de vérifier exactement les dires d'un assuré devenu infirme dans des pays éloignés. Or cette nécessité de vérification et de contrôle est, nous l'avons vu, primordiale. Un assuré qui réside donc en dehors du rayon des opérations de l'assureur présente, indépendamment des causes climatériques, une aggravation de risque et plus encore en ce qui concerne l'invalidité que pour le décès plus aisément constatable. C'est donc à l'assurance de rente qu'il serait nécessaire d'appliquer la surprime éventuelle.

L'aviation — ou l'aérostation — représente pour l'assureur complémentaire un risque beaucoup plus grave. Aussi est-il très généralement exclu, particulièrement dans les polices françaises, dont certaines précisent même que « la couverture des risques d'aviation et d'aérostation qui pourrait être stipulée par la police d'assurance sur la vie où les avenants y afférents, ne s'applique pas à la présente police complémentaire ». Ces risques aviation ne sont, en général garantis, dans le domaine de l'assurance accidents que par des groupements de compagnies : ainsi le Consortium Aviation français ; il ne serait pas possible en effet aux compagnies de les couvrir individuellement. Cependant, à l'étranger surtout, de nombreuses compagnies garantissent les passagers utilisant les lignes régulières. C'est à notre sens la formule vers laquelle l'assurance doit aller : elle devient chaque jour d'une application cou-

rante « qui lui donnera bientôt une rigueur scientifique » (1). Il sera prochainement possible de couvrir, soit gratuitement, soit moyennant une surprime qui ne sera pas exorbitante, ces risques, dangereux sans doute, mais dont l'amélioration, en particulier en ce qui concerne les lignes commerciales régulières, se démontre chaque jour.

Nous concluerons de même pour tout ce qui touche aux risques sportifs normaux, c'est-à-dire excluant toute idée de compétition, qui semblent encore effrayer les directions des compagnies d'assurance. Nous pensons qu'il est nécessaire que l'Assurance Complémentaire les comprennent, aussi bien d'ailleurs que l'Assurance Individuelle. La fréquence des accidents sportifs autoriserait sans doute les compagnies à appliquer des surprimes pour garantir ces risques, mais la fréquence de la pratique saine des sports demande une telle couverture. Ce serait pour l'assuré d'un très grand intérêt et il accepterait, pensons-nous, volontiers la majoration qui lui serait appliquée dans ce but.

La participation aux bénéfices.

Sans faire un historique de la question de la participation aux bénéfices qui, sous l'influence des compagnies américaines, a pris une telle extension en France qu'il est, actuellement, fort peu de contrats-vie qui ne prévoient ce moyen de répartition supplémentaire, il nous faut rappeler rapidement son origine et ses modes de distribution. Déjà, avant 1894, le tarif Duvillard 4 %, par cela qu'il laissait aux compagnies d'assurance un important bénéfice de mortalité, les avait amenées à abandonner à leurs assurés une partie de ces bénéfices. Cet

(1) SUMIEN : *Traité des Assurances Terrestres*. 1937.

abandon se faisait généralement sous la forme d'intérêt sur les primes versées ou de diminution proportionnelle du tarif appliqué. Plus tard, au moment de l'application de la loi du 17 mars 1905, les compagnies établirent un tarif sans participation résultant de l'application de la table de mortalité de 1894 et un tarif avec participation qui présentait une majoration de $1/9$ sur l'autre. La répartition était faite, en espèces, comme précédemment, mais peu à peu, à l'exemple des compagnies américaines, les compagnies françaises utilisèrent une répartition sous forme d'augmentation de capital, qui rencontra un grand succès auprès des assurés. Après-guerre, enfin, les compagnies mutuelles d'abord, puis les compagnies anonymes, accordèrent la participation à leurs assurés sans surprime, c'est-à-dire au tarif minimum légal, bien que ce tarif soit passé du taux de capitalisation de 3,50 % à celui de 4,25 %.

Les deux sortes de combinaisons ont subsisté, celles au tarif minimum et celles à un tarif supérieur. Quant aux systèmes de participation, ils sont multiples ; on peut les classer en cinq types :

a) Participation en espèces proportionnelle aux primes versées, accordée, en général, dans les polices souscrites à un tarif supérieur au tarif légal, intéressante pour l'assuré qui, devant verser des surprimes constantes, bénéficie d'une participation progressive, et particulièrement pour les assurés anciens qui touchent une participation supérieure à la surprime ;

b) Participation en espèces, proportionnelle à la prime, où la participation est répartie entre les contrats, proportionnellement à la prime versée dans l'année sur chacun d'eux ; c'est, sans doute, le système le plus simple et qui apporte à l'assuré des répartitions immédiates et importantes ;

c) Participation en espèces, proportionnelle à la réserve ; système sensiblement identique au premier mais dont le mécanisme est plus compliqué pour la compréhension de l'assuré, bien qu'au fond il soit plus équitable ;

d) Participation en augmentation de capital. C'est le système du « bonus » extrêmement prisé aux Etats-Unis et en Angleterre. Il représente une capitalisation qui, en fin de contrat, apporte un montant supplémentaire de capital d'un « total impressionnant » ;

e) Participation aux bénéfices en augmentation du capital en cas de vie seulement. La disparition prématurée d'un grand nombre d'assurés permet évidemment à ce système de répartir des sommes importantes et d'impressionner aussi l'assuré qui a toujours l'espoir de vivre à l'échéance du contrat ⁽¹⁾.

La participation aux bénéfices, considérée, en général, comme une heureuse pratique commerciale, est, techniquement, parfaitement fondée. Le calcul de la prime, en effet, que nous étudierons au chapitre suivant, nous montrera que les compagnies prévoient un bénéfice déterminé. Or, l'expérience prouve qu'elles obtiennent, en général, un chiffre bénéficiaire supérieur à ces prévisions, un bénéfice industriel, qui, toutes choses égales d'ailleurs et examiné dans une période d'économie saine, est plus important que la marge calculée. La raison primordiale en est que le calcul de la prime se fonde sur des tables de mortalité générale et que les compagnies pratiquent une politique de sélection des risques, qui diminue la probabilité de mortalité telle qu'elle ressort de ces tables. Il est donc logique, et même moral, qu'elles songent à partager avec leurs assurés un bénéfice qu'elles doivent à l'état physique

(1) D'après *l'Annuaire Pratique Vie*.

de ces derniers. C'est pour cette même raison que les compagnies répartissent le plus souvent ces bénéfices, non sur l'ensemble des polices souscrites chez elles, mais par catégories de contrats assurant les mêmes risques : et il ne serait pas juste de faire supporter à des assurés en vie entière, par exemple, les résultats plus aléatoires des assurances comportant des prestations supplémentaires comme celles justement qui garantissent la co-assurance de l'invalidité.

Retenons seulement de ce rapide coup d'œil sur l'important sujet de la participation aux bénéfices que l'Assurance Complémentaire peut, en tant que contrat accessoire de l'assurance-vie, prendre part aux répartitions de bénéfices, ce qui est un avantage précieux pour les assurés, d'autant que certaines compagnies ont eu l'idée, nous le verrons, d'utiliser cette participation aux bénéfices pour proposer à leurs assurés des contrats complémentaires gratuits.

Conclusion.

Nous avons passé en revue l'ensemble des dispositions des contrats d'Assurance Complémentaire telle qu'elle est pratiquée en France.

De cette étude se dégage une impression d'unité qui fait illusion. Puisque, en effet, l'ensemble des compagnies françaises prévoient les mêmes garanties et appliquent les mêmes clauses c'est qu'elles ont trouvé, semble-t-il, dans la pratique de cette assurance, une expérience concluante qui s'est traduite par des principes uniformes. Nous pensons qu'il n'en est rien. De l'examen de quelques unes de ces prestations, il est apparu clairement que les compagnies suivaient, dans ce domaine, des errements frappants et qu'elles les suivaient sciemment, en pratiquant une politique, qu'elles

appellent commerciale, et qui, en réalité, est une politique de laisser-aller. Nous savons bien que les résultats effectifs de l'exploitation de la branche complémentaire sont loin d'être brillants et qu'ils n'incitent guère les compagnies à poursuivre un effort rénovateur : en vérité, elles semblent proposer une formule, qu'elles ont conçu, non dans la joie, mais dans une sorte de plagiat commercial. Nous verrons plus loin que certaines d'entre elles ont cependant fait quelques tentatives, à vrai dire, stériles parce que, créant des innovations tapageuses et sans fondement technique, elles ont plus encore faussé le jeu de l'Assurance Complémentaire. Le résultat le plus probant est la désaffection du public à l'égard de la combinaison : c'est cela le véritable résultat d'expérience. Il serait bon qu'il incitât les organismes d'assurance à revenir sur l'empirisme qui préside à l'exploitation de la Complémentaire-Vie et, par voie de conséquence, les obligeât à établir un système correspondant davantage à son but initial.

Les mauvais résultats et le manque de statistiques sont les deux raisons primordiales qui ont conduit les compagnies à donner aux conditions générales de leurs polices, un caractère strict. S'il est nécessaire que cette rigueur subsiste, quant aux prestations accordées, dans les limites que nous avons indiquées, il nous semblerait cependant utile qu'une certaine souplesse apparût, quant aux clauses secondaires où les exclusions sont nombreuses : les facilités accessoires accordées au preneur d'assurance le mettent, en effet, très souvent en bonne disposition pour admettre que les prestations principales fussent, au contraire, être nettement et rigoureusement déterminées. Il nous sera loisible de constater bientôt que la tendance des associations des compagnies accidents est à cette détermination pré-

cise. Il faut s'en réjouir. Mais que les compagnies veuillent bien accorder à leurs assurés des conditions libérales en ce qui concerne les voyages, les séjours lointains, les sports... etc. et nous leur garantissons un accueil favorable de la part de la clientèle assurable, que notre profession nous a fait connaître, et auprès de laquelle l'intermédiaire, agent ou courtier, trouve une compréhension bien plus attentive, quand il lui vante ces facilités accessoires, que lorsqu'il entreprend de lui faire comprendre l'importance du critérium de la notion d'invalidité dans la garantie principale de la police.

CHAPITRE V

Les primes et les réserves.

SECTION I

ETUDE THEORIQUE

Primes.

L'assurance ne peut se concevoir sans le versement d'une prime. Celle-ci représente « la part imposée dans l'ensemble des risques à chaque patrimoine considéré comme élément de contribution » (Chaufton) ou comme le dit plus techniquement de Courcy, c'est « l'expression de la probabilité de l'événement redouté ». Le calcul des probabilités est destiné à évaluer cette probabilité, calcul des chances favorables ou défavorables à la réalisation d'un événement incertain : « Dans une série d'événements indéfiniment prolongés, l'action des causes régulières et constantes doit l'emporter à la longue sur celle des causes irrégulières ». D'où l'application de cette règle dite « loi des grands nombres » qui exprime un résultat constant ou sensiblement constant.

Sans nous étendre sur les généralités concernant la prime d'assurance, disons simplement qu'elle représente la valeur du risque constatée par l'expérience et le calcul : c'est le prix de revient du risque. Elle s'appelle alors prime pure, ou encore prime nette ou prime théorique. Elle ne doit, en principe, procurer à l'assureur ni bénéfice, ni perte. Mais il s'y ajoute un certain nombre d'éléments, comprenant les frais généraux de gestion de l'entreprise d'assurance, les frais d'acquisition des contrats, les frais d'encaissement des primes, les frais de liquidation des sinistres, plus un certain bénéfice. Ces éléments se nomment les chargements et la prime majorée de ces chargements porte le nom de prime brute, ou encore prime chargée ou prime commerciale. La prime simplement majorée du chargement pour frais de gestion s'appelle prime d'inventaire.

Pour reprendre la formule simple de M. Hémard : « La prime pure est la valeur actuelle du risque pris en charge par l'assureur, d'après le calcul des probabilités sur la base des statistiques ». Cette valeur est loin d'être égale à sa valeur nominale ou à la somme assurée, car l'obligation de l'assureur de fournir la prestation n'est qu'éventuelle. Elle n'est qu'une fraction de cette somme, fraction exprimant l'évaluation des chances de réalisation du risque.

La prime représentant un état d'équilibre entre les engagements de l'assuré et ceux de l'assureur, il faut nous demander avant toute chose quels sont ces engagements en matière d'Assurance Complémentaire.

Les engagements de l'assuré consistent à payer, tant qu'il est valide et tant que le contrat-vie est en cours, une prime que nous appellerons, selon la notation actuarielle internationale $\Pi''x$. Cette prime $\Pi''x$ est la prime brute annuelle.

Les engagements de l'assureur consistent dans les diverses prestations que nous avons étudiées, à savoir :

1° Payer une indemnité mensuelle de maladie qui est égale au douzième de la prime-vie et au douzième de la prime complémentaire, donc égale, si nous appelons $P''x$ la prime brute annuelle de l'assurance-vie, à $\frac{P''x + \Pi''x}{12}$ et cela pour toutes les maladies d'une durée supérieure à K jours, étant entendu que ces paiements sont effectués par mois échus, le prorata au jour de la guérison étant acquis à l'assuré ;

2° Payer une rente mensuelle d'invalidité égale aussi à $\frac{P''x + \Pi''x}{12}$ jusqu'à confirmation de l'état d'invalidité ;

3° Payer une rente annuelle égale à la prime-vie $P''x$, à partir de la constatation de l'état définitif de l'invalidité permanente et absolue, jusqu'au terme de la police-vie ;

4° Payer une rente annuelle Ci , également jusqu'à l'expiration du contrat d'assurance-vie.

Ou, si l'on veut, en réunissant les paragraphes 2, 3 et 4, payer une rente d'invalidité annuelle égale à $(P''x + Ci)$. Par mesure de simplification, on peut en effet admettre que cette rente est due dès le début de l'invalidité, la prime $\Pi''x$ cessant d'être due par l'assuré à ce moment.

Par conséquent, cela revient à calculer la valeur, au début de l'assurance, pour un individu d'âge X et de profession déterminée :

- a) D'une indemnité de maladie ;
- b) D'une rente d'invalidité.

Les statistiques utiles à ce calcul devraient comprendre les bases suivantes :

- 1° Une table de morbidité ;
- 2° Une table de mortalité générale ;
- 3° Une table d'entrée en invalidité ;
- 4° Une table de mortalité des valides ;
- 5° Une table de mortalité des invalides.

Et ceci par profession ou par groupe de professions similaires. En réalité il suffira de considérer :

1° *Une table de mortalité générale* qui tiendra lieu de table de mortalité des valides et de table de mortalité des invalides. En l'espèce, on choisira la table A. F. dont nous avons déjà parlé. Solution raisonnable si l'on observe qu'en fait les taux de la table A. F., par rapport à la mortalité réelle des assurés, représente une mortalité aggravée, se rapprochant, par conséquent, de la mortalité des invalides ;

2° *Une table d'entrée en invalidité.* — Nous avons inséré au chapitre II des extraits d'un certain nombre de tables. La partie la plus délicate sera justement de choisir la ou les tables convenables selon les catégories professionnelles envisagées : ainsi les tables de Zimmermann fourniront des données acceptables, bien qu'anciennes, l'une pour les professions sédentaires, l'autre pour les travailleurs manuels. Si la définition de l'invalidité, adoptée comme critérium de l'assurance, tient surtout compte de la profession, on peut utiliser la table dite Tables des Pensions Suédoises ; si elle vise la définition physiologique, on peut adopter la table plus récente, établie en Amérique, dite Inter Company... etc. Dans l'article de l'Assurance Moderne, déjà plusieurs fois cité, l'auteur établissait une table arbitraire en partant de la table Inter Company, estimant,

à juste raison, que la multiplication des chiffres décimaux était pure illusion. Il arrivait ainsi à des résultats simplifiés, amplement suffisants pour un calcul qui doit, malgré tout, subir une certaine marge d'indétermination. Voici cette table : (taux pour mille, âge de cinq en cinq ans)

AGE	TAUX	AGE	TAUX
20	1,7	45	2,3
25	1,7	50	2,9
30	1,7	55	3,9
35	1,8	60	6,6
40	2		

3° *Une table de morbidité.* — Outre la table de P. de Laffitte d'après Hubbard, dont nous avons déjà parlé, il existe la table Heym, table allemande dont les observations ont été fournies par les caisses mutuelles de Leipzig et qui a servi à l'évaluation des charges de l'assurance sociale maladie de 1888 ; une table anglaise dite Table des actuaires anglais (Actuarial advisory Committee) qui est due à l'expérience, en 1912, des Sociétés de Secours Mutuels ; enfin la table suisse de Kinkelin. C'est la table de P. de Laffitte qui indique les taux les plus bas : cela tient à ce qu'elle exclut les courtes maladies. Les résultats des autres tables sont assez voisins. Voici d'ailleurs quelques extraits de ces tables : (les chiffres indiquent le nombre de jours de maladies à chaque âge)

AGE	De LAFFITTE	HEYM	KINKELIN	ACTUAIRES ANGLAIS
20	4.365	5.875	5.78	5.698
30	5.562	5.335	5.48	5.656
40	5.960	7.174	6.70	7.084
50	7.095	8.885	9.43	9.765
60	11.724	17.114	13.69	15.253

Ayant alors choisi les tables utiles à notre calcul, il ne nous reste plus qu'à entreprendre celui-ci. Notre intention n'est pas d'étudier à fond le calcul actuariel appliqué à l'Assurance Complémentaire mais, en reproduisant sommairement les études techniques qui ont été faites à son sujet, démontrer que l'on peut parfaitement concevoir rationnellement l'assurance de ce type ⁽¹⁾

Reprenons donc les engagements de l'assuré et de l'assureur :

1° *Engagements de l'assuré* : payer la prime complémentaire $\Pi''x$, annuellement, tant qu'il reste valide ; en considérant un contrat souscrit à l'âge x pour n années, les primes étant au nombre de k , k étant naturellement inférieur, au plus égal, à n , cet engagement s'écrira : ⁽²⁾

$$\Pi''_n \left(1 + {}_{k-1} \overline{a}_x \right)$$

(1) P.-J. RICHARD. Etude sur l'Assurance Complémentaire de l'Assurance sur la vie. Paris. 1911.

(2) Rappelons brièvement les principes du calcul des intérêts

où a_x^{aa} représente l'annuité pour une tête valide et demeurant valide dans le cours de l'assurance.

2° Engagements de l'assureur :

a) Paiement d'une indemnité mensuelle égale à

composés. La valeur acquise par une somme C placée à intérêts composés au taux i au bout de n années est :

$$K = C (1 + i)^n$$

On appelle « valeur actuelle » du capital K payable dans n années la somme qu'il faudrait placer actuellement à intérêts composés pour avoir au bout de n années le capital Kn . Cette somme s'écrit donc :

$$C = \frac{Kn}{(1 + i)^n}.$$

Si l'on pose

$$v = \frac{1}{1 + i}$$

on a

$$C = Knv^n$$

On appelle « annuité certaine » a la valeur actuelle d'une suite de versements égaux à 1 franc, effectués chaque année pendant n années. Donc, en supposant les versements effectués en fin d'année, on a :

$$\begin{aligned} a^n &= v + v^2 + v^3 + \dots + v^n \\ &= v (1 + v + v^2 + \dots + v^{n-1}) \\ &= v \frac{1 - v^n}{1 - v} \end{aligned}$$

(formule de la progression géométrique)

Si les versements sont effectués au début de l'année en appelant A la valeur certaine, on a :

$$A^n = 1 + v + \dots + v^{n-1}$$

D'où cette relation entre

$$\begin{aligned} a^n \text{ et } A^n \\ A^n = 1 + a^{(n-1)} \end{aligned}$$

qui est fondamentale et valable également pour les annuités viagères.

(Le Manuel technique et pratique de l'assureur-vie, par Paul ESTIENNY. Editions de l'Argus 1938.)

$\frac{P''x + \Pi''x}{12}$ ou quotidienne égale à $\frac{P''x + \Pi''x}{365}$ pour

toutes les maladies survenant entre l'âge x et l'âge $(x + k)$. Par conséquent, en admettant que le paiement est effectué à la fin de chaque mois et en supposant que les maladies commencent au milieu d'un mois civil, la valeur de ces paiements au début de l'assurance est

$$\frac{P''_v + \Pi''_x}{365} \left|_k \left(\bar{a}_x \right) \frac{1}{2} \right. ^{(12)}$$

b) Paiement d'une rente annuelle d'invalidité égale à $P''x$ à partir de la fin de l'année où l'invalidité est constatée jusqu'à l'âge $(x + k-1)$, époque du paiement de la dernière prime. D'où sa valeur :

$$P''_x \left| \left|_{k-1} a_x^{ai} \right. \right.$$

où a_x^{ai} représente l'annuité pour une tête valide d'âge x devenant invalide;

c) Paiement d'une rente d'invalidité égale à Ci , intérêt conventionnel du capital versé par anticipation à partir de l'invalidité jusqu'à l'âge $(x + n)$ ou jusqu'au décès de l'assuré. Pour la commodité du calcul les actuaires supposent que l'invalidité et le décès surviennent toujours au milieu de l'année. Il en résulte que la rente d'invalidité Ci sera payée au milieu de chaque année, le premier terme étant payable un an exactement après la constatation de l'invalidité et le dernier au moment même du décès, s'il survient avant l'expiration du contrat. Si, au contraire, l'assuré invalide est vivant à la fin de la même année, l'assureur reçoit, à ce moment, le capital qu'il a versé par anticipation et, le dernier terme de la rente ayant été, par hypothèse, versé six mois auparavant, l'assureur n'est

censé verser à la fin de la n^{e} année que l'intérêt du capital C pendant une demi--année au taux annuel i , soit :

$$C \left(\sqrt{1+i} - 1 \right)$$

étant ce qu'on appelle le taux équivalent semestriel.

Nous avons vu que $\frac{I}{1+i} = v$. Donc, la formule ci-dessus devient :

$$C \left(v^{-\frac{1}{2}} - 1 \right)$$

Cet engagement a alors pour valeur :

a) La rente d'invalidité payable au milieu de l'année;

$$v^{\frac{1}{2}} C i {}_{||n-1} a_x^{ai}$$

b) Le capital versé par anticipation, capital différé E_x^{ai} d'intérêt

$$C \left(v^{-\frac{1}{2}} - 1 \right)$$

comme nous venons de le voir. Au total :

$$v^{\frac{1}{2}} C i {}_{||n-1} a_x^{\bar{ai}} + C \left(v^{-\frac{1}{2}} - 1 \right) {}_n E_x^{\bar{ai}}$$

que l'on peut encore écrire, en transformant la formule :

$$v^{\frac{1}{2}} C i {}_{||n} a_x^{\bar{ai}} - C \left(1 - v^{\frac{1}{2}} \right) {}_n E_x^{\bar{ai}}$$

c) Enfin l'assureur doit couvrir ses frais généraux et payer les commissions aux agents. En supposant la commission réglée en une seule fois au début de l'assurance, de symbole ς , ς étant donc fraction de la prime, et en admettant que les frais généraux se montent à

un pourcentage λ de la prime annuelle, tant que le contrat-vie est en cours, la valeur totale de ces frais se monte à :

1° Commission unique

$${}_x\Pi''$$

2° Frais généraux totaux

$$\lambda \Pi''_x \left(1 + {}_{|k-1}a_x^a \right)$$

étant entendu que ce terme comprend également le chargement pour bénéfices.

Au total :

$${}_x\Pi'' + \lambda \Pi''_x \left(1 + {}_{|k-1}a_x^a \right).$$

Nous possédons donc maintenant les éléments complets du calcul de la prime complémentaire. Réunissons-les. Il vient :

$$\begin{aligned} & \Pi''_x \left[1 + {}_{|k-1}a_x^{\bar{a}\bar{a}} \right] \frac{P''_x + \Pi''_x}{365} {}_{|k} \left(a_x^{\bar{a}\bar{a}} \right)_{\frac{1}{2}} + P''_x {}_{||k-1}a_x^{\bar{a}i} \\ & + Civ \frac{1}{2} {}_{||n}a_x^{ai} - C \left(1 - v^{\frac{1}{2}} \right)_n E_x^{ai} + {}_x\Pi'' \\ & + \lambda \Pi''_x \left(1 + {}_{|k-1}a_x^a \right) \end{aligned}$$

D'où, en mettant Π''_x en facteur :

$$\begin{aligned} & \Pi''_x \left[(1 - \lambda) \left(1 + {}_{|k-1}a_x^{\bar{a}\bar{a}} \right) - \lambda {}_{||k-1}a_x^{\bar{a}} \right. \\ & \quad \left. - \frac{1}{365} {}_{|k} \left(a_x^{\bar{a}\bar{a}} \right)_{\frac{1}{2}} - {}_x \right] \\ & = P''_x \left[\frac{1}{365} {}_{|k} \left(a_x^{\bar{a}\bar{a}} \right)_{\frac{1}{2}} + {}_{||k-1}a_x^{\bar{a}i} \right] \\ & \quad + Civ \frac{1}{2} {}_{||n}a_x^{\bar{a}i} - C \left(1 - v^{\frac{1}{2}} \right)_n E_x^{ai}. \end{aligned}$$

qui est la valeur actuarielle de la prime.

Si l'on fait application, par exemple, de cette formule à une assurance-vie entière à primes viagères, le facteur k disparaît et nous obtenons la valeur de la prime suivante :

$$\begin{aligned} \text{II}''_x & \left[(1 - \lambda) \left(1 + a_x^{\bar{aa}} \right) - \lambda a_x^{\bar{ai}} - \frac{1}{365} \left(a_x^{\bar{aa}} \right)_{\frac{1}{2}} - \varsigma \right] \\ & = P''_x \left[\frac{1}{365} \left(a_x^{\bar{aa}} \right)_{\frac{1}{2}} + a_x^{\bar{ai}} \right] + \text{Civ} \frac{1}{2} a_x^{\bar{ai}} \end{aligned}$$

M. P. J. Richard, en appliquant à ses formules les résultats des tables de Zimmermann, pour l'invalidité, Bentzien pour la mortalité des invalides, P. de Laffitte pour la morbidité et la table A. F. pour la mortalité générale et en prenant 3,50 % comme taux de capitalisation obtenait le tarif complémentaire suivant : (assurance-vie entière à primes viagères)

	AGE	CATÉGORIE I	CATÉGORIE II
En	20	20 %	8 %
fonction	25	24 %	10 %
de la	30	29 %	14 %
prime	35	35 %	17 %
vie.	40	43 %	22 %

Garantie I = Combinaison complète.

Garantie II = Exonération des primes seulement.

Et pour une assurance mixte 20 et 30 ans :

	AGE	MIXTE 20 ANS	MIXTE 30 ANS
En	20	2,5 %	4 %
fonction	25	3,4 %	6,2 %
de la	30	4,9 %	8,4 %
prime	35	7,6 %	12,6 %
vie.	40	11,6 %	25,5 %

Il en concluait avec juste raison qu'il est illogique d'appliquer le même taux de surprimes, pour des assurances d'une durée donnée, quel que soit l'âge d'entrée, que pour des assurances de durées très différentes comme les mixtes de 20 et 30 ans.

L'auteur de l'article paru dans l'Assurance Moderne, dont nous avons déjà cité l'étude approfondie, faisait la même remarque et donnait l'exemple suivant :

1° Mixte 25 ans, pour un âge de 25 ans, de 10.000 fr. Prime : 335 fr. Rente : 5 %, soit 500 francs. La prestation totale est donc 835 francs, soit la prime plus 149 % de cette prime;

2° Mixte 30 ans, pour un âge de 25 ans, de 10.000 fr. Prime : 278 francs. Rente : 5 %, soit 500 francs. La prestation totale est donc 778 francs, soit la prime plus 180 % de cette prime.

Ce qui prouve bien que lorsqu'on calcule la prime complémentaire en % de la prime-vie on n'obtient pas une mesure proportionnelle.

Il en concluait que, même si l'on ne voulait pas

entrer dans les calculs compliqués, il fallait essayer de faire mieux que les estimations grossières actuellement utilisées. Et il donnait un exemple de calcul simplifié qu'il nous faut reproduire, parce qu'il représente exactement un moyen terme utile entre le calcul actuariel complexe et l'empirisme pratiqué.

Posons $a_{x+k}^{i(n-k)}$ annuités à servir à partir de l'âge $x+k$ d'entrée en invalidité. Le taux d'entrée en invalidité étant i_{x+k} , la prime du risque s'écrira :

$$\Pi = i_{x+k} a_{x+k}^{i(n-k)}$$

C'est la prime pure « schématique » puisqu'on y néglige le mode de paiement des prestations. Pour avoir la prime commerciale Π'' il suffira d'ajouter deux chargements ς pour les frais d'acquisition, λ pour les frais de gestion. Sachant que le chargement des frais de commission s'ajoute à la prime brute Π'' et le chargement des frais de gestion à la prime pure Π nous avons donc :

$$\begin{aligned} \Pi'' &= \pi + \lambda\pi + \varsigma\Pi'' \\ &= \Pi(1 + \lambda) + \varsigma\Pi'' \end{aligned}$$

d'où

$$\Pi''(1 - \varsigma) = \Pi(1 + \lambda)$$

et

$$\Pi'' = \frac{\Pi(1 + \lambda)}{(1 - \varsigma)}$$

Ce qui nous donne, en attribuant à sa valeur déjà calculée, la prime commerciale :

$$\Pi'' = \frac{(1 + \lambda) \left[i_{x+k} a_{x+k}^{i(n-k)} \right]}{(1 - \varsigma)}$$

Mais cette prime commerciale, puisqu'elle comporte le facteur $x+k$, est variable d'année en année, selon l'âge atteint $x+k$. Pour des raisons pratiques et com-

merciales il est cependant préférable d'avoir des primes constantes. Il faut donc préciser le mode de calcul :

Soit $a_x^{ai(n)}$ les annuités à servir à un invalide. Elles ont pour valeur la différence entre :

1° La valeur a_x^n des annuités à servir pendant n années à un assuré d'âge initial x , sans tenir compte de son état d'activité ou d'invalidité ;

2° La valeur $a_x^{aa(n)}$ des annuités qui seraient servies pendant l'activité seulement.

Donc :

$$a_x^{ai(n)} = a_x^n - a_x^{aa(n)}$$

C'est la mesure de la prime unique.

Pour avoir la prime annuelle il suffit de penser qu'elle n'est à payer que pendant l'activité : par conséquent si A représente des annuités payables d'avance, en réalité les primes remboursées, on aura pour la prime pure :

$$\Pi_x = \frac{a_x^{ai(n)}}{A_x^{aa(n)}}$$

d'où la prime annuelle commerciale :

$$\Pi_x = \frac{(1 + \lambda) a_x^{ai(n)}}{(1 - \varsigma) A_x^{aa(n)}}$$

C'est une formule notablement simplifiée par rapport à la formule Richard, mais dont l'ordre de grandeur est suffisant pour une application pratique facile.

Réserves.

Il faut dire quelques mots aussi des réserves et de leur mode de calcul en Assurance Complémentaire.

La loi du 17 mars 1905 et celle du 19 décembre 1907 ont rendu obligatoires la réserve mathématique et la

réserve de garantie en matière d'assurance sur la vie et de capitalisation.

Rappelons que la réserve mathématique est la somme que prélève l'assureur sur la prime encaissée et qu'il « capitalise afin de maintenir l'équilibre entre les valeurs respectives des engagements de l'assureur et de l'assuré » ⁽¹⁾. Elle est égale à « la différence entre les valeurs des engagements respectivement pris par les assureurs et les assurés » ⁽²⁾. A chaque instant la valeur de cette réserve ajoutée à la « valeur actuelle » des primes que l'assuré a encore à verser, doit permettre de satisfaire aux engagements futurs de l'assureur. On donne également ce nom au capital que doivent constituer les compagnies d'assurance contre les accidents pour garantir le paiement des rentes au profit des victimes d'accidents : ainsi cette réserve a été rendue obligatoire par la loi du 9 avril 1898 sur les Accidents du Travail, et par le décret du 3 juin 1936 en matière d'accidents d'automobiles.

La réserve de garantie, que nous laisserons de côté, est destinée à parer aux écarts qui peuvent se produire entre les prévisions des assureurs et les réalités en ce qui concerne, soit la mortalité, soit les revenus des fonds placés. Les conditions de constitution de cette réserve sont déterminées par des décrets de 1906 et de 1908.

La réserve mathématique est calculée sur la prime d'inventaire, c'est-à-dire la prime pure majorée d'un seul chargement : celui des frais de gestion. Elle est négative pendant un certain temps, parce que la commission escomptée versée à l'intermédiaire absorbe la

(1) SUMIEN. *Traité théorique et pratique des Ass. Terr.* Dalloz 1937.

(2) Lois de 1905 et 1907.

première prime presque entièrement. Elle est fonction de trois éléments : le coefficient de mortalité, le taux d'intérêt et le chargement commercial de la prime. A noter que la réserve n'est pas individualisée, c'est-à-dire que chaque assuré n'a pas sur elle un droit personnel et individuel : c'est une réserve globale des contrats de même espèce, affectée indivisément au bloc des assurés.

Son calcul s'effectue simplement puisqu'il est la différence entre les valeurs d'engagements de l'assuré et de l'assureur. Si $P''x$ est la prime annuelle d'un contrat et a l'annuité viagère correspondant aux conditions de paiement de $P''x$ et si l'on remarque que la valeur actuelle des engagements de l'assureur n'est autre que la prime unique Π du contrat considéré, supposé souscrit au moment où l'on calcule la réserve, on a pour la valeur v_0 de la réserve :

$$V_0 = \Pi - P''_x a.$$

Le calcul des réserves de l'assurance Complémentaire s'effectue d'après les mêmes principes. Reprenons, comme pour le calcul de la prime, les engagements de l'assureur et de l'assuré, en examinant le cas général d'un contrat d'assurance-vie de n années comportant le paiement de k primes.

1°) *Engagements de l'assureur*, immédiatement avant le paiement de la $(0 + 1)$ ème prime :

a) payer en cas de maladie ultérieure la prime vie $P''x$ et la prime complémentaire $\Pi''x$;

b) payer en cas d'invalidité la prime $P''x$ et la rente Ci ;

c) se couvrir des frais de gestion pendant la durée de paiement des primes $P''x$: $\lambda \Pi''x$;

2°) *Engagements de l'assuré* : payer la prime complémentaire $\Pi''x$ pendant toute sa validité.

La 0^{ème} réserve du contrat est la différence entre les valeurs actuelles de ces engagements, donc :

$$\begin{aligned}
 V_0 = & \frac{P''_x + \Pi''_x}{365} \Big|_{k-0} \left(\bar{a}_{x+0}^{\bar{aa}} \right) \frac{1}{2} + P''_{x \parallel k-0-1} a_{x+0}^{ai} \\
 & + Civ \frac{1}{2} \Big|_{n-0} a_{x+0}^{\bar{ai}} - C \left(1 - v^{\frac{1}{2}} \right)_{n-0} E_{x+0}^{\bar{ai}} \\
 & + \lambda \Pi''_x \left(1 + \Big|_{k-0-1} a_{x+0}^a \right) - \Pi''_x \left(1 + \Big|_{n-0} \bar{a}_{x+0}^{\bar{aa}} \right)
 \end{aligned}$$

SECTION II

LA PRATIQUE DES COMPAGNIES FRANÇAISES

L'étude théorique précédente a démontré que l'exploitation de la Complémentaire-Vie peut se faire de façon rationnelle, au même titre que celle de l'Assurance-Vie. Jusqu'ici, il n'en a pas été ainsi, et ce n'est qu'à la suite des travaux de l'Association des Compagnies Accidents Droit Commun, dont nous avons déjà parlé, que certaines compagnies ont consenti à abandonner les errements anciens. Jusque là, la prime, évaluée en fonction de la prime vie était absolument empirique ; l'excuse des compagnies était que l'absence de bases statistiques suffisantes puisse conduire, par l'application de calculs justes à des bases incertaines, à des résultats contestables.

La division en classes professionnelles, que les premiers tarifs complémentaires effectuaient déjà, a subsisté. Certaines compagnies ont cependant ramené les quatre classes classiques à trois, en groupant les deux premières. De plus elles ont distingué trois catégories

selon la durée de l'assurance mixte. Quant au tarif, on est généralement parti du tarif de cette dernière pour une durée uniforme de 20 ans. Pour le risque doublement du capital en cas de décès accidentel, on a utilisé le tarif de l'Assurance-Individuelle en transformant les primes en % de la prime-vie d'après les durées et les âges moyens de chaque catégorie. Enfin, pour le risque de rente, on est parti de la partie de prime couvrant le risque d'anticipation du capital (rente temporaire) en faisant un abattement de 20 % sur la partie différée de la rente pour tenir compte de la mortalité plus rapide des invalides complets.

Nous avons inséré à la page suivante, à titre d'exemple, la classification adoptée par une grande compagnie française, ainsi que le tarif qui s'y adapte (1).

La Section de Statistique de l'Association Générale des Compagnies Accidents de Droit Commun préconisait, elle, un tarif rationnel se fondant sur les bases techniques et les calculs que nous avons étudiés. Elle proposait :

- 1°) En ce qui concerne l'invalidité permanente totale
 - a) la table de mortalité générale AF
 - b) le taux de capitalisation 4,25 %
 - c) un chargement d'acquisition annuel de 25 % de la prime annuelle brute et un chargement annuel de gestion de 15 % de cette même prime annuelle brute.

- 2°) En ce qui concerne plus particulièrement le service de la rente mensuelle temporaire :

- a) la table d'entrée en invalidité dite table Inter-Company c'est-à-dire la table établie par le Report of Committee on Disability Experience des Actuaire américains en mai 1926. En effet la table d'entrée en invalidité s'était avérée insuffisante. On a évidemment pris pour base les taux correspondant à la classe I, établie en ne considérant que les invalides définitifs, c'est-à-

dire ceux qu'un examen médical a jugés comme tels sans considération de durée antérieure d'invalidité, et en éliminant les classes II et III qui s'appuient, nous l'avons vu, sur la clause « des 90 jours ».

b) la table de mortalité des invalides de Hunter, considérée comme satisfaisante parce qu'elle exclut les décès survenus pendant les 12 premiers mois d'invalidité.

(1) DIVISION EN CLASSES

PROFESSIONS

1^{re} Classe.

Professions sédentaires : Fonctionnaires, Officiers ministériels, Avocats, Magistrats, Professeurs, Artistes, Rentiers, Ecclésiastiques, Employés d'administrations publiques ou privées, Banquiers, Négociants ne se livrant qu'à des travaux de bureau, etc., etc...

Professions non sédentaires : Inspecteurs et Agents d'assurances, Voyageurs de Commerce, Huissiers, Marchands, etc..., Ingénieurs, Agents-Voyers, Architectes, Métreurs-Vérificateurs, Chefs d'Industries, Directeurs d'Usines, Entrepreneurs, en un mot toutes les personnes exerçant une profession non sédentaire, mais en se livrant pas à une surveillance journalière de travaux.

2^e Classe.

Toutes les personnes appartenant aux catégories professionnelles indiquées dans le 2^e paragraphe de la Classe n° 1, mais qui dirigent et surveillent habituellement les travaux, tels que : Piqueurs, Contremaîtres, Conducteurs de travaux, Commis d'architectes surveillant les chantiers, Médecins et Vétérinaires.

3^e Classe.

Patrons travaillant manuellement.

4^e Classe (Réservé).

Personnes attachées à des entreprises de carrières, de démolitions, de scieries mécaniques, d'électricité de tension supérieure à 400 volts.

3°) En ce qui concerne plus particulièrement le service des primes : la table de morbidité de P. de Laffitte, d'après Hubbard qui, malgré son ancienneté, laisse une marge de sécurité acceptable puisqu'il y est prévu un délai de carence de 120 jours.

4°) En ce qui concerne le calcul des primes l'utilisation des formules de Hamza et Shaertlin qui sont aussi celles sur lesquelles M. P. J. Richard s'est appuyé.

TARIFS

Incapacité absolue.

PRO- FESSIONS	PAIEMENT	PAIEMENT	RENTE	PAIEMENT	TOTAUX	
	des	anticipé		du capital		
	primes	du capital	VIAGÈRE	en cas	Combi-	Combi-
	VIE	ou rente	10 0/0.	de décès	naisons	naisons
	I	de 5 0/0.	III	par	I-II-IV	I-III-IV
		II		accident.		
				IV		
Durée jusqu'à 15 ans.						
1 ^{re} classe.	3,1	2,7	3,3	1,6	7,4	8
2 ^e —	4,1	3,6	4,5	2	9,7	10 6
3 ^e —	5,1	4,5	5,6	4,5	14,1	15,2
Durée : 16 à 20 ans.						
1 ^{re} classe.	3,1	3,7	4,4	2,3	9,1	9,8
2 ^e —	4,1	5	6	2,9	12	12
3 ^e —	5,1	6,3	7,5	6,3	17,7	18,9
Durée supérieure à 20 ans.						
1 ^{re} classe.	3,1	5,1	5,8	2,9	11,1	11,8
2 ^e —	4,1	6,8	7,8	3,9	14,9	15,8
3 ^e —	5,1	8,7	9,8	8,5	22,3	23,4

Elle donnait la possibilité d'utiliser les tarifs ainsi calculés pour les assurances sur plusieurs têtes

1°) à la condition que chacun des assurés exerce une profession rémunératrice, les taux propres à chaque assuré étant connus, le taux effectivement applicable au capital prévu est égal au taux propre le plus élevé augmenté de la moitié des taux propres applicables à chacun des autres assurés ;

2°) si un seul des assurés exerce une profession rémunératrice, le taux de prime applicable au capital prévu est alors égal à la somme des taux propres applicables à chacun des assurés ;

3°) dans l'un et l'autre cas, l'admission d'un des assurés à l'une quelconque des prestations abroge d'une façon définitive tout droit pour l'autre, ou les autres, à se prévaloir du bénéfice du contrat.

Enfin, en ce qui concerne le plafond de l'assurance, elle conseillait, afin d'éviter que l'assuré recherche une spéculation dans l'octroi de la rente d'invalidité supérieure aux avantages que lui procure son activité normale, de prévoir un plafond et de la fixer à 300.000 fr.

Nous avons reproduit à la page suivante, à titre de comparaison, le barème des primes auquel elle arrivait. A noter que celui-ci tient compte de l'âge de l'assuré et est calculé, non plus en % de la prime de l'assurance-vie, mais en $\frac{1}{100}$ du capital assuré.

Il est à souhaiter que toutes les compagnies pratiquant l'Assurance Complémentaire s'inspirent de ces directives. « On ne dispose, écrivait en 1911 M. P. J. Richard, à l'heure actuelle, que de documents statistiques qui resteront insuffisants tant que cette combinaison intéressante et trop peu connue ne se sera pas vulgarisée. » Or, la combinaison s'est vulgarisée, surtout hors d'Europe, et a donné lieu à d'importants travaux actuariels dont il faut tenir compte. L'empirisme

BAREMES DE PRIMES

1° *Mixte 10 ans.*

Ages. —	Service de la rente temporaire	Service des primes-vie	Prime 0/00 du capital
20	0,37	2,23	2,60
25	0,42	2,45	2,87
30	0,46	2,48	2,94
35	0,51	2,65	3,16
40	0,59	2,98	3,57
45	0,70	3,22	3,92
50	0,91	3,64	4,55
55	0,60	8,07	8,67

2° *Mixte 20 ans.*

Ages. —	Service de la rente temporaire	Service des primes-vie	Prime 0/00 du capital
20	0,60	1,14	1,74
25	0,70	1,24	1,94
30	0,79	1,32	2,11
35	0,90	1,43	2,33
40	1,07	1,65	2,72
45	1,03	2,27	3,30
50	0,91	3,38	4,29
55	0,60	6,63	7,23

3° *Mixte 30 ans.*

Ages. —	Service de la rente temporaire	Service des primes-vie	Prime 0/00 du capital
20	0,78	0,82	1,50
25	0,92	0,89	1,81
30	1,05	0,98	2,03
35	1,07	1,20	2,27
40	1,07	1,54	2,61
45	1,03	2,05	3,08
50	0,91	2,99	3,90
55	0,60	5,96	6,56

4° Vie entière, primes viagères.

Ages. —	Service de la rente temporaire	Service des primes-vie	Prime 0/00 du capital
20	0,94	0,64	1,58
25	1,01	0,75	1,76
30	1,05	0,89	1,94
35	1,07	1,09	2,18
40	1,05	1,42	2,49
45	1,03	1,94	3,02
50	0,91	2,91	3,82
55	0,60	5,91	6,51

5° Vie entière, 10 primes.

Ages. —	Service de la rente temporaire	Service des primes-vie	Prime 0/00 du capital
20	2,04	1,05	3,09
25	2,10	1,23	3,33
30	2,03	1,34	3,37
35	1,88	1,55	3,43
40	1,67	1,89	3,56
45	1,35	2,23	3,58
50	0,91	2,74	3,65
55	0,60	6,58	7,18

6° Vie entière, 20 primes.

Ages. —	Service de la rente temporaire	Service des primes-vie	Prime 0/00 du capital
20	1,27	0,73	2 »»
25	1,30	0,84	2,14
30	1,27	0,95	2,22
35	1,19	1,10	2,29
40	1,07	1,35	2,42
45	1,03	1,98	3,01
50	0,91	3,11	4,02
55	0,60	6,34	6,94

7° Vie entière, 30 primes.

Ages. —	Service de la rente temporaire	Service des primes-vie	Prime 0/00 du capital
20	1,03	0,65	1,68
25	1,07	0,74	1,81
30	1,05	0,85	1,90
35	1,07	1,09	2,16
40	1,07	1,46	2,53
45	1,03	1,99	3,02
50	0,91	2,95	3,86
55	0,60	5,94	6,54

doit cesser. Il a pu avoir son intérêt : il est normal que l'hypothèse et l'expérimentation précèdent la cristallisation par les lois. Mais aujourd'hui ce stade est franchi. Les travaux étrangers, américains surtout, ont porté sur un nombre de cas plus important qu'il eût été possible de considérer en Europe, même en un temps plus long. En les utilisant, il doit être possible de présenter des formules saines, fondées sur un calcul rationnel des primes. Cette question qui a été à l'ordre du jour de 1930 à 1934 semble avoir perdu de l'intérêt pour beaucoup. Nous croyons savoir que le prochain Congrès International des Actuaires va s'en emparer à nouveau en 1940 (1). Espérons qu'il en sortira des solutions de portée suffisamment pratique pour que les compagnies, en s'appuyant sur sa haute autorité, puissent offrir sur le marché une formule d'Assurance Complémentaire, techniquement saine, et par là susceptible de recevoir une impulsion publicitaire, obligatoire pour qu'elle obtienne l'adhésion de la clientèle assurable.

(1) Le prochain Congrès aura lieu à Lucerne, du 24 au 29 juin 1940. Parmi les sujets se rapportant à notre étude, citons : « Fondement et technique de l'assurance contre la maladie » et « Le calcul des dommages-intérêts à allouer en cas de perte ou de diminution de gain professionnel ».

TROISIEME PARTIE

L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

CHAPITRE I

Diverses formes de l'Assurance Complémentaire de l'Assurance-Vie.

SECTION I

PAYS ETRANGERS

L'Assurance Complémentaire peut exister, nous l'avons fait remarquer, soit à titre de contrat complémentaire du contrat-vie, soit à titre d'assurance-invalidité dans un contrat collectif d'assurance retraite, vieillesse-décès-invalidité, appelé communément contrat d'assurance groupe. Nous l'examinerons sous cette deuxième forme au chapitre suivant.

L'assurance sur la vie se trouve combinée avec l'Assurance Complémentaire de diverses façons selon les pays. Quel que soit, d'ailleurs, le mode adopté, le système d'assurance se ramène toujours à une co-assurance d'invalidité, accidentelle ou morbide : la multiplicité des formules ne fait pas échec à ce principe commun et, à

vrai dire, cette multiplicité n'existe que dans un but de concurrence — comme, en assurance-vie, et malgré des combinaisons extrêmement variées, les contrats peuvent, la plupart du temps, se ramener aux trois types primitifs : l'assurance en cas de vie, l'assurance en cas de décès et l'assurance mixte, cette dernière, par ailleurs la plus adoptée, ayant subi à elle seule, au cours de ces vingt dernières années, des modifications multiples, plus alléchantes que réellement utiles : options à fin de contrat, primes progressives ou dégressives, primes variables suivant les bénéfices escomptés ou réels de la compagnie, etc...

Nous ne ferons donc pas le tour de tous les systèmes d'Assurance Complémentaire tels qu'ils sont pratiqués à l'étranger. Au surplus, il nous sera donné de les examiner en étudiant, pour plusieurs pays, l'évolution et les résultats de la combinaison (*infra* chapitre III). Mais nous devons dire ici quelques mots de certains types, pratiqués particulièrement dans les pays germaniques, en Suisse et en Angleterre : l'assurance sur la vie « all-in » ; l'assurance combinée vie-accidents et l'assurance-vie avec co-assurance d'invalidité.

L'assurance sur la vie « all-in » est pratiquée en Angleterre. C'est un contrat complet en lui-même. Il existe, lui aussi, sous plusieurs formes mais a comme caractéristiques générales d'être à la fois une assurance de rente en cas de vie, une assurance de capital en cas de vie, une assurance de capital en cas de décès et une assurance invalidité. Moyennant une prime annuelle l'assuré bénéficie, en effet, des prestations suivantes :

a) Paiement, après un certain nombre d'années de versement, d'une annuité temporaire destinée, en principe, à être utilisée pour les frais d'instruction des enfants de l'assuré ;

b) Versement, en cas de décès, d'un capital fixé

d'avance, ce capital supportant une réduction, correspondant à une annuité, si l'on se trouve dans le cas prévu au paragraphe a) ;

c) Si l'assuré vit à l'échéance du contrat, paiement d'un capital généralement moins important que celui qui est prévu ci-dessus. Le choix est laissé à l'assuré de demander ce capital ou de lui préférer une rente viagère, payable par semestre ;

d) Enfin, en cas d'incapacité de travail, par suite d'accidents ou de maladies, exonération du paiement des primes, à condition que cette incapacité ait duré deux mois au minimum.

Quelques compagnies françaises se sont inspirées de ce type de contrat pour proposer, elles aussi, des polices dites complètes ou intégrales ou universelles, etc... Nous y reviendrons plus loin.

L'assurance combinée Vie-Accidents a ceci de particulier qu'elle fait intervenir la participation aux bénéfices qui, nous l'avons vu, représente dans la plupart des contrats actuels d'assurance-vie un élément d'appoint qui n'est pas négligeable. La compagnie propose donc à ses assurés, à ceux qui ont souscrit, cela va sans dire, des contrats prévoyant la participation aux bénéfices, de renoncer à cette participation jusqu'à concurrence d'une somme variable — de 20 à 40.000 fr. — et d'obtenir, en contre-partie, une police d'assurance contre les accidents entièrement libérée. Cette police contre les accidents comporte, elle-même, plusieurs options :

a) En cas d'invalidité permanente totale, un capital double de celui de la police d'assurance-vie, et en cas d'incapacité temporaire totale, une allocation quotidienne de 1 franc par 1.000 francs assurés sur la vie ;

b) En cas de décès par accident, ou en cas d'invalidité permanente totale, un capital égal à celui qui est

assuré en vie, et en cas d'incapacité temporaire totale, une allocation quotidienne de 1 franc par 1.000 francs assurés sur la vie;

c) En cas de décès par accident, un capital égal à la moitié de celui assuré sur la vie ; en cas d'invalidité permanente totale un capital égal à une fois et demie celui de la police d'assurance sur la vie ; en cas d'incapacité temporaire totale une allocation quotidienne de 1 franc comme ci-dessus ;

d) Enfin, et ceci parce que ce genre d'assurance est pratiqué en Suisse où existe une Caisse Nationale d'assurance contre les accidents et que cette option est destinée aux personnes affiliées à cette caisse : en cas de décès par accident un capital égal à celui de la police d'assurance-vie ; en cas d'invalidité permanente totale un capital double ; en cas d'incapacité temporaire totale, une allocation quotidienne de 1 franc par 1.000 francs assurés en vie pour les deux premiers jours après l'accident et de 20 % de ce montant pour les jours suivants.

De plus, indépendamment des options prévues, l'assuré a droit, en cas d'invalidité permanente partielle, à un capital fixé d'après le degré de l'invalidité correspondant à celui prévu pour l'invalidité totale. Enfin les frais médicaux et pharmaceutiques peuvent être couverts, moyennant une surprime de 1 à 2 % du capital assuré par la police-vie, limitée cependant au montant de l'allocation quotidienne pour le jour de l'accident et au tiers de l'indemnité pour l'incapacité de travail ultérieur.

Cette assurance combinée représente un type extrêmement attrayant puisqu'il ne coûte rien d'effectif à l'assuré. Elle serait malgré tout assez difficilement applicable en France car elle demande des compagnies qui exploitent à la fois l'assurance-vie et l'assurance-

accidents, puisque la base du contrat est la participation aux bénéfices attribués aux contrats-vie. L'objection est moins valable lorsque ce sont deux branches de la même société qui exploitent, l'une l'assurance-accidents, l'autre l'assurance-vie. Ce pourrait être une tentative intéressante pour une telle société.

L'assurance sur la vie avec co-assurance d'invalidité, appelée aussi assurance sur la vie avec clause d'invalidité, ou encore assurance sur la vie avec libération des primes en cas d'invalidité, réunit une assurance sur la vie ordinaire, vie-entière ou mixte, avec ou sans participation aux bénéfices, et une assurance de l'invalidité qui a pour but de garantir la libération du service des primes et, parfois également, le service d'une rente de faible montant. Elle se rapproche visiblement de l'Assurance Complémentaire telle qu'elle est pratiquée en France mais pratiquement elle se présente sous la forme d'un simple avenant et non comme un contrat séparé : elle n'est donc exploitée pleinement que dans les pays où la même société peut couvrir à la fois la vie et l'accident; en particulier elle est courante en Allemagne, en Autriche et en Suisse, ainsi qu'en Amérique. Elle peut accompagner soit une assurance de capital, soit une assurance de rente et, pour chaque, présente les particularités suivantes :

1° Dans l'assurance de capital avec co-assurance d'invalidité, le minimum du capital assuré est, en général, assez faible : deux, trois ou quatre mille francs. L'invalidité couverte est l'invalidité totale, suite d'accident ou de maladie, mais il est prévu des indemnités également en cas d'invalidité partielle. A noter qu'en cas d'incapacité partielle le degré minimum d'invalidité doit être 25 % ce qui est, nous l'avons dit, une excellente mesure, et avoir subsisté pendant au moins un an. Certaines compagnies prévoient même que la

diminution doit être du tiers au moins de la pleine capacité de travail, étant précisé qu'une diminution supérieure aux $2/3$ est assimilée à une invalidité permanente totale. Les prestations garanties sont d'une part la libération du paiement des primes et d'autre part une rente assez faible, toutes deux, en cas d'incapacité partielle, étant proportionnelles au degré d'invalidité. Elles commencent leur effet avec l'année d'assurance qui suit celle au cours de laquelle l'invalidité s'est produite, que cette dernière soit totale ou partielle (certaines compagnies prévoient pourtant des délais différents selon la nature de l'invalidité). Enfin, les polices excluent l'incapacité de la vieillesse ou de l'affaiblissement général et, naturellement, celle provenant du fait de l'assuré. Cette combinaison n'exige qu'une faible majoration de la prime d'assurance-vie, tout au moins lorsqu'elle ne garantit que la libération du service des primes. A noter qu'elle est surtout intéressante pour les contrats souscrits sur des têtes jeunes. D'ailleurs les assureurs ne garantissent pas cette co-assurance d'invalidité pour des contrats qui seraient souscrits sur des têtes de plus de cinquante ans et venant à échéance dix ou quinze ans plus tard : le risque de l'invalidité croît de très importante façon, nous l'avons constaté, à ces âges-là. Quelques compagnies utilisent également pour cette combinaison le procédé de la réduction de la participation aux bénéfices que nous avons étudié plus haut : la prime-vie ne subit de ce fait aucune augmentation. D'autres compagnies même, ne font appel à aucune contre-partie et offrent gratuitement la couverture de l'invalidité : nous avons déjà fait remarquer que l'on a toujours tort de proposer une prestation gratuite. Quant à la rente, qui peut être souscrite, en plus de la libération des primes, elle est, comme d'habitude, d'un montant de 5 à 10 %

du capital assuré et est payable depuis le début de l'invalidité au jour anniversaire de la conclusion du contrat; mais, par contre, ne l'est plus, en général, pour l'année qui précède le paiement du capital assuré;

2° Dans l'assurance de rente, la co-assurance d'invalidité peut être contractée, soit au moment même de la signature du contrat, soit postérieurement. Elle a toujours un double objet : paiement des primes de l'assurance de rente et versement d'une rente à l'invalidé jusqu'au moment où il entrera en jouissance de la rente qu'il a assurée. A noter qu'il existe généralement une contre-assurance garantissant, en cas de décès de l'invalidé, le remboursement des primes versées.

SECTION II

FRANCE

Les compagnies se bornent, comme nous l'avons déjà écrit, à exploiter l'Assurance Complémentaire sous la forme d'un contrat accessoire à l'assurance-vie, comportant les prestations courantes en cas de décès accidentel, d'invalidité permanente totale et d'invalidité temporaire. Par contre quelques-unes, à l'imitation des compagnies étrangères, ont créé un certain nombre de polices, aux noms parfois énigmatiques, où elles accordent la co-assurance de l'invalidité sous la forme du versement anticipé du capital. Ainsi une « mixte complète à capital garanti » de la Compagnie Le Secours où l'invalidité prématurée est définie par une incapacité accidentelle après six mois, ou une incapacité morbide après deux ans ; ainsi la « Police Synthétique » de la

Paternelle-Vie, émise en 1937 où le criterium de l'invalidité est identique ; ainsi la « Mixte Complète », émise en 1935, et la « Mixte Universelle », émise en 1938, de la Compagnie l'Union.

Les conditions générales que nous avons étudiées sont les mêmes pour l'ensemble des polices émises par les compagnies françaises. Toutefois certaines ont des règles spéciales en matière de délai : quelques-unes demandent que l'incapacité ait duré quarante-cinq jours, au lieu de trente, par exemple la Mutuelle Générale Française, pour faire naître le droit à l'indemnité ; l'une d'elles, la France, exige même une invalidité supérieure à 90 jours, la libération des primes ne devant pas excéder deux ans. Cette dernière compagnie a d'ailleurs un régime, en ce qui concerne l'invalidité permanente qui est fort défendable : si l'incapacité, dit-elle, est reconnue définitive, six mois après cette constatation, la compagnie verse à l'assuré, par anticipation, le capital assuré par la police-vie, mais si elle n'est pas reconnue définitive, ce versement est reporté à trois ans plus tard ; cependant, comme ce délai a pour conséquence de priver l'assuré du bénéfice de l'assurance, bien qu'il soit tenu de poursuivre le paiement des primes, la compagnie prévoit la possibilité pour elle d'avancer à l'assuré, sur le règlement du capital à verser ultérieurement, des sommes d'un montant égal à 5 % de ce capital, par an.

L'invalidité partielle est très rarement assurée. A notre connaissance, seules la Mutuelle Générale Française, l'Alsacienne et la Royale garantissent l'exonération des primes proportionnelles au degré d'incapacité ; la première prévoit même une prestation d'une fraction du capital assuré égal à ce degré d'invalidité ou une rente correspondant à 6 % de ce capital. Toutes les trois, d'ailleurs, ne garantissent ces prestations que

pour une invalidité supérieure à 25 %, ce qui est parfaitement légitime.

Par contre, à l'imitation des compagnies étrangères, quelques compagnies françaises ont voulu innover : le triplement du capital en matière de décès accidentel, formule à condamner, se trouve garanti dans certaines polices. A la Paternelle-Vie, dans la police dite « 808 », ce capital triple est versé en cas d'accidents survenus dans les transports en commun ; à la Nation, la police dite « Intégrale » le prévoit également en cas d'accidents d'automobiles ce qui, à notre avis, est assez imprudent ; enfin, une troisième compagnie, aujourd'hui en liquidation, émettait, par l'intermédiaire de la Préservatrice, une police garantissant le paiement de ce capital triple en cas d'accidents de chemin de fer : cette police portait le nom de T. R. A. C. (Tous Risques Accidents Corporels) ce qui était une formule osée et quelque peu prophétique...

La Préservatrice prévoit l'assurance sur deux têtes mais restreint, en principe, le domaine de l'assurance aux têtes masculines. La Populaire prévoit la réversibilité de l'assurance sur la tête du conjoint de l'assuré décédé avant l'échéance du contrat ou, plus exactement, s'engage à payer une seconde fois le capital assuré, à la condition qu'au moment du décès du conjoint resté survivant, il existe encore un ou plusieurs enfants de l'assuré, âgés de moins de 16 ans.

Enfin, à un plus large point de vue, les Assurances Générales ont émis une « Mixte Complète » qui comporte le versement anticipé du capital en cas d'incapacité permanente absolue et prévoit en outre un certain nombre de dispositions fort intéressantes et nouvelles dans ce domaine : examens médicaux préventifs, avances pour opérations chirurgicales, etc...

Il y a en France une soixantaine de compagnies qui

pratiquent l'Assurance Complémentaire sur ces mêmes bases. Les quelques innovations, dont nous venons de parler, sont rares et, à quelques exceptions près, présentées justement par des organismes d'assurance qui ne sont pas considérés comme les plus importants de la place. Il serait pourtant bon que disparaissent ces régimes disparates et que les compagnies s'entendent pour entreprendre l'Assurance Complémentaire de façon homogène.

L'Association Générale des Compagnies Accidents Droit Commun, section de statistique, dont nous avons déjà parlé à propos de l'étude des tarifs, avait proposé, en 1934, un certain nombre de modifications et une mise au point du Contrat Complémentaire : elle avait même émis un projet de contrat d'Assurance Complémentaire unique dont il nous a semblé utile de donner à la fin de ce chapitre, une reproduction presque intégrale, parce qu'il résume parfaitement les conclusions auxquelles on était arrivé, à la suite de l'examen des résultats de la Complémentaire-Vie, tant en France qu'à l'étranger.

Ce projet n'a pas été retenu parce qu'il a dû sembler quelque peu révolutionnaire aux membres de la section, particulièrement en ce qui concernait la définition de l'invalidité, et l'on est revenu, sinon au criterium habituel en France, du moins à un moyen terme, dont nous trouvons les caractéristiques dans la note technique suivante :

NOTE TECHNIQUE CONCERNANT LA COMPLÉMENTAIRE-VIE

La police proposée comporte comme caractéristiques :

Service des primes-vie,

Service d'une rente temporaire égale, annuellement,

à 5 % du capital assuré par la Police-Vie.

I. — DÉFINITION

L'Assurance Complémentaire de l'assurance sur la vie dont il s'agit de calculer le tarif prévoit :

1° *En cas d'incapacité totale permanente*, provenant soit d'accident, soit de maladie :

a) Paiement par fraction trimestrielle à terme échu, d'une rente annuelle temporaire égale à 5 % du capital initial vie ;

b) Paiement des primes-vie venant à échéance ;

2° *En cas d'incapacité totale temporaire*, provenant soit d'accident, soit de maladie :

paiement des primes-vie venant à échéance pendant la durée de l'invalidité totale.

*

**

Les primes complémentaires couvrant les deux risques ci-dessus sont payables, soit jusqu'au décès de l'assuré, soit jusqu'à l'époque de l'incapacité, soit, s'il y a lieu, jusqu'à l'échéance du Contrat Complémentaire ; aucun de ceux-ci ne produisant effet au-delà de l'âge de 60 ans.

L'incapacité totale est considérée comme permanente lorsqu'elle a duré *deux ans* et qu'à l'expiration de ce délai, un examen médical opéré dans les conditions prévues, a permis de constater le caractère définitif de l'invalidité mettant l'assuré dans l'impossibilité physique de se livrer désormais à aucun rémunéré.

L'incapacité totale temporaire est admise lorsqu'un accident ou une maladie entraîne pour l'assuré l'impossibilité de se livrer à aucune des occupations habituelles inhérentes à sa profession.

Les délais à l'expiration desquels le service des primes-vie à échoir et de la rente mensuelle devient effectif sont comptés à partir du jour où la compagnie a constaté, pour la première fois, soit l'état d'incapacité permanente totale, soit l'état d'incapacité temporaire totale. Ils sont fixés à 45 jours en ce qui concerne le service des primes et à 2 ans en ce qui concerne celui de la rente mensuelle ; ce dernier délai étant porté à 3 ans s'il s'agit d'un cas d'aliénation mentale.

*

**

Le service des primes-vie à échoir et de la rente mensuelle est effectué pendant tout le temps où l'assuré se maintient en l'état prévu pour avoir droit à ce service. Il cesse :

a) Si l'état de l'assuré cesse d'avoir les caractéristiques déterminantes de ce droit ;

b) Si l'assuré vient à décéder ;

- c) Si l'assuré n'accepte pas de se soumettre au contrôle prévu par un des délégués de la Compagnie-Accidents et ce, 10 jours après l'envoi d'une lettre recommandée demeurée sans résultat. En ce cas, le contractant doit, à partir de la date ainsi fixée payer entre les mains de la Compagnie-Vie toute prime échue ou à échoir sur la police-vie.

La rente mensuelle prévue est de caractère temporaire et, en conséquence, le bénéfice cesse d'être acquis, de plein droit, et sans autre avis ; soit que l'assuré atteigne l'âge de 60 ans, soit que la police-vie vienne à échéance.

Lorsque l'incapacité totale permanente est constituée par la perte totale de la vue binoculaire ou par celle des deux pieds ou des deux mains ou de deux quelconques de ces deux membres, ladite invalidité permanente totale est considérée comme définitive, et les délais prévus ci-dessus réduits, dans les deux cas à 8 jours.

Le nouveau projet de police complémentaire, comportant les principales dispositions de cette note, n'a pas, non plus, donné lieu à des modifications dans les règles suivies par les compagnies en matière d'Assurance Complémentaire puisqu'en 1938, la plupart continuent à assurer le décès accidentel et à offrir des prestations de rente se montant à 10 % du capital-vie. C'était en effet le leit-motiv des études de 1934 de l'Association, de ramener les prestations de la Complémentaire-Vie aux garanties traditionnelles : libération du paiement des primes et rente annuelle au plus égale à 5 % du capital assuré.

Il faut regretter qu'elle n'ait pas été suivie. Tôt ou tard les compagnies se trouveront obligées de supprimer les garanties qu'elles offrent actuellement et dont nous avons montré, en cours d'étude, parfois l'inutilité et souvent le danger.

Nous pensons qu'il serait de l'intérêt des compagnies de reprendre les dispositions des projets de 1934 : la définition de l'invalidité qu'ils proposaient présentait une souplesse certaine ; peut-être serait-il possible de

la rapprocher de celle que nous avons donnée au chapitre II. Peut-être aussi, serait-il utile de prévoir, dans les limites que nous avons dites, la couverture de l'invalidité partielle, tout au moins en ce qui concerne la libération du service des primes. Enfin une révision des conditions générales concernant les exclusions de risque, nous semble un troisième problème auquel il faudrait s'attaquer également.

S'il pouvait sortir d'une nouvelle réunion, un contrat-type, conçu dans ce sens et adopté par l'ensemble des compagnies françaises, nous pensons que l'Assurance Complémentaire aurait fait un grand pas.

PROJET

DE

CONTRAT COMPLÉMENTAIRE

A LA POLICE N° DE LA COMPAGNIE « VIE » EN

DATE DU

ASSURE : M.

Né le

CONTRACTANT : M.

A la condition que la police émise par la Compagnie « Vie » soit en vigueur, la Compagnie « Accidents » s'engage, dans les limites et aux conditions tant générales que particulières du présent contrat, *soumis aux dispositions de la loi du 13 juillet 1930.*

A) En cas d'invalidité permanente, totale et présumée définitive de l'assuré, consécutive, soit à un *accident corporel*, soit à *une maladie*, à effectuer :

1° A la Compagnie « vie » le service des primes à échoir afférentes à la police-vie, sus-rappelée,

2° Au contractant, le service d'une annuelle, égale à 5 % du *capital prévu*, payable par fractions mensuelles à terme échu ;

B) Au cas d'invalidité totale temporaire de l'assuré consécutive soit à un *accident corporel*, soit à une *maladie* à effectuer :

A la Compagnie « Vie », le service des primes à échoir afférentes à la police-vie sus-rappelée.

Le *capital prévu* est le capital initial prévu en cas de
dans la police-vie,
soit Frs

Le présent contrat complémentaire est consenti moyennant une prime de francs payable
le de chaque année, non compris les
frais et droits de timbre et d'enregistrement ; il entre en
vigueur à dater du , la Compagnie « Acci-
dents » reconnaissant avoir reçu, ce jour, la somme de
francs (impôts, timbres, etc... compris), exi-
gible pour la première période d'assurance allant du
au et dont elle donne ici valablement quittance.

En vertu de quoi la Compagnie « Accidents » par l'inter-

médiaire de ses délégués dûment autorisés, signe et remet le présent contrat ce jour.

Fait en autant d'originaux que de parties intéressées,
à le

L'Assuré,

Le Contractant,

Le Directeur,

CONDITIONS GENERALES

I. — ETENDUE DE LA GARANTIE

L'invalidité permanente totale est présumée définitive lorsqu'elle est constituée par une modification de l'intégrité des fonctions de l'assuré le mettant, désormais, dans l'impossibilité physique de fournir un travail susceptible de rémunération.

L'invalidité temporaire totale est admise lorsque l'assuré ne peut se livrer à aucune de ses occupations habituelles, qu'il suit un traitement médical approprié et se soumet au repos nécessaire à sa guérison. Elle est considérée comme ayant cessé lorsque l'assuré recouvre, dans une mesure quelconque, la faculté de diriger ou de surveiller l'exploitation de sa charge, de son commerce, de son industrie ou de son métier.

II. — DÉTERMINATION DU DROIT A LA GARANTIE

La preuve de la cause déterminante et de l'état *d'invalidité permanente et totale* ou *temporaire et totale* de l'assuré, comme celle de la continuité de cet état incombe au contractant. Le contractant doit, à cet effet, produire à la Compagnie « Accidents », à son siège social, toutes justifications que la Compagnie « Accidents » est en droit d'exiger de lui, la Compagnie « Accidents » se réservant en outre le droit d'en faire constater la réalité et la continuité par toute personne qu'elle peut déléguer à cette fin.

III. — MODALITÉ DU SERVICE DES PRESTATIONS

Les délais, à l'expiration desquels, soit le service des primes à échoir, soit celui de la rente mensuelle devient effectif sont comptés à partir du jour où la Compagnie « Accidents » a constaté pour la première fois, soit l'état *d'invalidité permanente totale et présumée définitive*, soit l'état *d'invalidité temporaire totale*, ils sont fixés à 120 jours en ce qui concerne le service des primes à échoir et à 2 ans en ce qui concerne le service de la rente mensuelle.

Le service des primes à échoir et, s'il y a lieu, celui de la

rente mensuelle, est alors effectué pendant tout le temps où l'assuré se maintient en l'état prévu pour avoir droit à ce service, il cesse d'être acquis, de plein droit et sans autre avis, soit que l'assuré atteigne l'âge de 60 ans, soit que la police-vie vienne à l'échéance, et, en outre :

- a) Si l'état de l'assuré cesse d'avoir les caractéristiques de ce droit ;
- b) Si l'assuré vient à décéder ;
- c) Si l'assuré n'accepte pas de se soumettre au contrôle prévu par un des délégués de la Compagnie « Accidents » et ce, 10 jours après l'envoi d'une lettre recommandée demeurée sans résultat ; en ce cas, le contractant doit, à partir de la date ainsi fixée, payer entre les mains de la Compagnie « Vie » toute prime, échue ou à échoir, sur la police-vie, le présent contrat devenant désormais, de ce fait même, nul et de nul effet.

Lorsque l'invalidité permanente totale est constituée par la perte totale de la vue binoculaire, ou par celle des deux pieds ou des deux mains, ou de deux quelconque de ces membres, ladite invalidité permanente totale est considérée comme définitive et les délais prévus ci-dessus réduits à 8 jours.

IV. — CESSATION DE GARANTIE

Aucun droit aux prestations prévues par le présent contrat ne peut prendre naissance :

- a) Si le fait qu'engendre ce droit survient alors que l'assuré a atteint l'âge de 60 ans ;
- b) Si la police de la Compagnie « Vie » cesse d'avoir effet ou si elle est résiliée ou réduite par défaut de paiement des primes ou rachetée, ou réglée, et ce, nonobstant toute remise de la police-vie ;
- c) Si le fait qui engendre ce droit résulte directement ou indirectement :
 - a) D'un duel, d'un suicide ou d'une tentative de suicide, conscients ou inconscients ;
 - b) D'une guerre civile ou étrangère ;
 - c) D'une rixe, d'une émeute ou d'une insurrection au cours desquelles l'assuré prend une part active ;
 - d) Du service dans la police privée ou d'Etat ;
 - e) De l'usage de la locomotion aérienne ou sous-marine, que cet usage soit fait à titre civil ou militaire.

CHAPITRE II

L'Assurance Complémentaire de l'Assurance-Groupe.

SECTION I

HISTORIQUE DE L'ASSURANCE-GROUPE

L'Assurance Complémentaire, assurance-invalidité, a vu ces dernières années, son rôle devenir primordial dans un domaine qui, jusqu'ici, n'avait pas eu la faveur de la clientèle assurable française : l'Assurance-Groupe.

L'Assurance-Groupe, ou assurance collective, ou encore assurance du personnel de maîtrise des sociétés est « une combinaison par laquelle une entreprise groupe dans une seule police un ensemble de garanties qui assurent à tout ou partie de son personnel certaines indemnités, soit en cas de décès, soit en cas de maladie, soit en cas d'incapacité de travail, soit enfin en cas de survie au moment où l'employé est atteint par la limite d'âge » (1).

Cette assurance fut pratiquée pour la première fois aux Etats-Unis, en 1911, par l'Equitable Life Insurance Society, et se développa très rapidement pour atteindre en 1930, tant aux Etats-Unis qu'au Canada, un chiffre de capitaux en cours de près de dix milliards de

(1) *Annuaire Pratique Vie*. 1938.

dollars⁽¹⁾ et, en 1935, malgré la dépression économique, 11.200 millions. L'Amérique est la terre d'élection de l'Assurance-Groupe, mais tous les pays, avec des modalités diverses, connaissent le régime de l'assurance collective, facultative ou obligatoire⁽²⁾. La France, elle, n'avait pas trouvé, jusqu'à ces dernières années, un climat très favorable à son développement : « Le goût de l'épargne individuelle est innée dans l'esprit français, il y est beaucoup plus ancré que l'idée du risque »⁽³⁾. C'est la loi sur les Assurances Sociales qui, mettant les entreprises dans la nécessité de garantir leur personnel subalterne contre les risques de décès, maladie, invalidité et vieillesse, et les plaçant dans l'obligation morale de faire personnellement le même effort pour leurs cadres, fournit le point de départ du lancement de l'Assurance-Groupe en France.

Le 23 mai 1929, un décret du Ministre du Travail autorisait les compagnies d'assurance sur la vie à utiliser, pour la couverture décès de l'Assurance-Groupe, un tarif spécial, inférieur au tarif minimum légal des assurances sur la vie individuelles et le 17 juin 1930, un nouveau décret fixait à 100.000 fr. le capital maximum assurable sur une seule tête et exigeait que l'assurance englobât au moins les 3/4 du personnel de l'établissement ou des membres de l'association, celle-ci ne devant pas compter moins de cinquante membres, sans tenir

(1) W.-R. WILLIAMSON : L'Assurance Groupe aux Etats-Unis. *Rev. Gén. Ass. Terr.* 1934, p. 738.

(2) Cf. *Revue introductive sur le sujet V* au XI^e Congrès International d'Actuaires : Rapports entre les assurances de groupe, les institutions patronales et les assurances sociales, par H. MARAIS. Juin 1937.

(3) Bernard A. MANCEAU : Les Assurances Collectives dans les Entreprises privées. Extrait de la *Revue Politique des Idées et des Institutions*. 30-1-1938.

compte des assurés obligatoires de la loi du 15 avril 1928.

Malgré ces privilèges, cependant, l'essor de l'Assurance-Groupe, qui se traduisait pour les entreprises par un sacrifice immédiat, se trouva ralenti par la crise économique dont la persistance mettait la plupart des trésoreries en difficulté. Il fallut attendre les événements sociaux de 1936 pour voir son développement ranimé : la plupart des conventions collectives de travail, en effet, qui se sont généralisées, en application des nouvelles lois sociales, consacrent, sur la demande des intéressés, un chapitre aux questions de prévoyance (régimes des retraites, mesures en faveur du personnel non-assujetti aux Assurances Sociales, etc...).

En réalité, la généralité des conventions collectives ne prévoit pas de façon catégorique la mise au point d'une Assurance-Groupe, mais se contente d'enregistrer le vœu que cette question fera l'objet d'une étude favorable de la part du patronat : ainsi la Convention Collective des Industries métallurgiques et de la Construction Mécanique de la Région parisienne, qui fut signée la première le 19 juillet 1936. Ce vœu a été réalisé pleinement au cours de l'année 1937 puisque près de 2 milliards de capitaux ont été souscrits, au titre de l'Assurance-Groupe, soit par des entreprises agissant seules, soit par des syndicats professionnels, soit même par des associations qui se sont formées, sous le régime de la loi de 1901, expressément dans ce but : ainsi « l'Association de Constructeurs d'Automobiles et Industries Connexes » (A.C.A.I.C.) qui, groupant un grand nombre d'industriels de la région parisienne, spécialisés dans tout ce qui se rapporte à la construction automobile, permet au personnel de maisons de petite et moyenne importance, qui en raison de leur petit nombre, eût été exclu du régime de l'assurance, de

pouvoir bénéficier des avantages de l'assurance collective, avantages d'autant plus grands et plus stables que les membres de l'association sont plus nombreux.

En 1938, dont l'on ne possède pas encore les résultats, le chiffre ci-dessus a certainement été atteint sinon dépassé, malgré un état d'esprit modifié. Il est de fait que de nombreux contrats d'Assurance de Groupe sont entre les mains des entreprises qui hésitent à les signer devant les charges croissantes imposées à l'industrie. S'il se manifestait une détente et un allègement, nul doute que les régimes de prévoyance, actuellement en sommeil, ne retrouvent une vigueur nouvelle : le mouvement est lancé et il n'y a plus qu'une raison de trésorerie pour entraver le développement de l'Assurance-Groupe.

SECTION II

LES PRESTATIONS CONCERNANT L'INVALIDITE EN ASSURANCE-GROUPE

Nous laisserons de côté ce qui a trait à l'assurance-décès et à l'assurance-retraite, pour ne nous occuper que du risque invalidité, tel qu'il est conçu en Assurance-Groupe.

En cas d'accident ou de maladie pouvant entraîner une invalidité permanente et totale, l'assuré doit en faire la déclaration, comme pour l'assurance ordinaire, par lettre recommandée avec, à l'appui, une attestation détaillée de son médecin. Que faut-il entendre ici par invalidité permanente totale ? La plupart des polices appliquent purement et simplement le critérium suivi en matière d'assurance accidents du travail, qui est, nous l'avons vu, une création jurisprudentielle. L'une

d'elles, cependant, émise par la Compagnie l'Union, en co-assurance avec trois autres compagnies, et destinée à l'Association dont nous avons parlé (A.C.A.I.C.), applique le critérium de l'incapacité de gain, en ces termes :

« Lorsqu'elle aura reçu la preuve qu'un employé assuré est atteint, avant l'âge de 60 ans, d'invalidité totale et permanente, par suite de maladie ou d'accident corporel, de telle sorte qu'il ne puisse plus se livrer à aucune occupation ni faire aucun travail lui donnant gain ou profit, la compagnie cessera de percevoir les primes de l'assurance en cas de décès pour cet employé, tant qu'il sera en état d'invalidité totale et permanente. »

Cette exonération des primes se poursuivra aussi longtemps que le contrat sera en vigueur, c'est-à-dire, soit jusqu'au décès de l'assuré, auquel cas le capital assuré sera versé à ses bénéficiaires, soit jusqu'à la date normale de retraite prévue au contrat, et que l'assuré touchera comme si sa validité subsistait. A noter que ces dispositions sont assez particulières et que les polices Groupe prévoient plutôt « que le capital garanti en cas de décès sera, si l'assuré est reconnu atteint d'invalidité totale permanente, payée en un certain nombre de mensualités, respectivement égales à 50 % de la douzième partie de la rémunération totale de l'année précédente ». Quant au versement décès, basé sur le traitement réel, ou, à défaut, sur la rémunération de l'année précédente, il reste dû jusqu'à la fin du dixième mois, à moins que l'assuré n'en soit exonéré par les dispositions du contrat invalidité proprement dit, annexé à l'Assurance-Groupe ; par contre, en cas de décès de l'assuré invalide après le versement de la première mensualité, la compagnie paiera en une fois aux bénéficiaires désignés, les mensualités restant dues. Cette garantie-décès cessera lorsque toutes les mensualités auront été payées,

même si l'assuré bénéficie de l'exonération prévue par le contrat d'invalidité. Par conséquent la formule que nous donnons au début de ce paragraphe, et qui est spéciale au contrat-groupe de l'A.C.A.I.C. et, sans doute, d'autres groupements analogues, représente une importante libéralité par rapport aux clauses généralement adoptées. A savoir également que les accidents et les maladies non déclarés dans les trois mois ne donnent pas lieu aux prestations prévues.

Le contrat invalidité sur laquelle les dispositions de la police-groupe reviennent à plusieurs reprises, est, en effet, un contrat souscrit à part, puisque les sociétés d'assurance sur la vie ne peuvent pratiquer la co-assurance d'invalidité que dans les termes des circulaires de 1926 et 1930 dont nous avons parlé. C'est proprement lui qui forme la « Complémentaire Groupe » souscrite auprès d'une Compagnie-Accidents.

« Comme pour le risque de décès, l'Assurance-Groupe maladie et invalidité ne peut se concevoir qu'en raison d'une absence de sélection contre les compagnies et sous condition d'un nombre de têtes dans le groupe englobant une proportion importante, sinon la totalité du personnel de l'entreprise ou des membres de l'association » (1). Il est, en outre, nécessaire de prendre des précautions supplémentaires : offrir en cas de maladie des garanties inférieures aux salaires des assurés afin d'éviter qu'ils aient intérêt à rester malades ; éviter de couvrir les maladies de courtes durées, où la fraude est trop aisée, etc...

La police Complémentaire-Groupe s'applique à tous les membres du groupe âgés de moins de 60 ans et en fonction depuis au moins un an (parfois six mois) et couvre les risques suivants :

(1) BURLLOT : *Rev. Gén. Ass. Terr.* 1930, p. 831

1° *Incapacité temporaire complète de travail.* L'assuré doit en faire la déclaration dans les vingt jours. L'indemnité est égale à 50 % (parfois 40, parfois 60 %) du salaire journalier de l'assuré (obtenu en divisant par 365 le salaire de base de l'assurance décès). Elle est payable depuis le 91^e jour de la constatation de l'incapacité jusqu'au 9^e mois maximum (quelquefois 6^e mois). Il y a, en outre, exonération des primes de l'Assurance-Groupe.

2° *Incapacité totale ou partielle.* Si l'état d'incapacité totale subsiste, après complet paiement des indemnités ci-dessus, ou si, à cette époque, l'invalidité de l'assuré n'est pas inférieure à 70 %, la victime sera considérée comme atteinte d'incapacité permanente absolue et aura droit à une rente de 20 % du salaire de base de l'assurance-décès. Cette rente sera servie, soit jusqu'au décès de l'assuré, soit jusqu'à ce qu'il ait atteint 60 ans. Si le taux de l'incapacité est inférieur à 70 %, la rente de 20 % sera réduite proportionnellement des $n/70$, n étant le degré d'invalidité de l'assuré. Toutefois la compagnie déclare formellement ne pas couvrir l'incapacité inférieure à 30 % (parfois, à la suite d'accords récents entre les compagnies, 35 %). L'exonération des primes est également garantie, mais seulement dans le cas où l'assuré a droit à la rente d'invalidité totale de 20 % : si cette rente est moindre, la prime de l'Assurance-Groupe restera exigible, mais diminuée dans la proportion de la rente qui reste acquise à l'assuré.

Enfin, en cas d'interventions chirurgicales consécutives à un accident ou à une maladie, la compagnie paie à l'assuré, d'une part les frais d'opérations et d'autre part les frais d'hospitalisation et d'examens spéciaux consécutifs à cette intervention chirurgicale, à concurrence de 80 % des dits frais et jusqu'à un maximum de 5.000 fr. par tête pour une période de

douze mois (parfois 8.000 fr. par année d'assurance).

La grande particularité de la Complémentaire-Groupe, c'est la façon dont elle conçoit le risque invalidité. Au lieu, en effet, d'envisager des listes d'infirmités et de maladies, et de prévoir des délais variables comme dans la Complémentaire-Vie ordinaire, elle considère simplement le risque invalidité comme le prolongement du risque maladie : après six ou neuf mois d'incapacité temporaire, l'incapacité devient permanente et la rente est versée proportionnellement au degré effectif de l'invalidité. Ce système a un autre avantage : celui d'être très compréhensible pour l'assuré, pour lequel les questions d'invalidité paraissent souvent ténébreuses.

Quant aux autres modalités, elles suivent les règles générales semblables à celles que nous avons étudiées en Complémentaire-Vie. Nous n'y reviendrons pas.

En ce qui concerne l'établissement du montant des primes, on utilise, en Assurance-Groupe, le système du pourcentage prélevé sur le salaire, système d'ailleurs auquel on est revenu pour les Assurances Sociales, après avoir essayé le régime des cotisations forfaitaires par catégories de salariés. Ce pourcentage est, en général, de 5 % du traitement, l'employeur prenant également 5 % à sa charge, au total 10 % pour l'ensemble des garanties. Mais alors qu'en matière d'Assurances Sociales, les divers risques sont fixés chaque année par arrêté ministériel, en Assurance-Groupe, chaque intéressé est libre, dans certaines limites, de déterminer la répartition des primes qu'il verse entre les divers risques. En général, les 3/4 des primes versées sont affectées au risque vieillesse-retraite, le surplus allant à la garantie décès, qui bénéficie du tarif réduit du décret de 1929 et pour lequel aucune visite médicale n'est exigée, et à la garantie invalidité pour laquelle les compagnies ne sont pas soumises à un tarif minimum légal.

Le tarif de l'Assurance-Groupe est variable selon les prestations demandées par l'assuré. Voici, à titre documentaire, un tarif publié par l'Annuaire Pratique Vie, antérieur au 1^{er} octobre 1937 : depuis lors, les compagnies ont sensiblement majoré les taux correspondant justement au risque invalidité ; en outre les impôts ont subi une augmentation.

Option A. — Toutes les garanties (indemnité mensuelle, rente annuelle, intervention chirurgicale, exonération des primes). Taux : 1 %.

Option B. — Toutes les garanties sauf l'indemnité mensuelle, mais rente annuelle portée à 26 %. Taux : 1 %.

Option C. — Toutes les garanties sauf l'indemnité mensuelle. Taux : 0,84 %.

Option D. — Toutes les garanties, sauf l'indemnité d'accidents seulement. Taux : 0,55 %.

Option E. — Toutes les garanties, en cas d'accidents seulement, sauf l'indemnité mensuelle, mais rente annuelle portée à 26 %. Taux : 0,55 %.

Option F. — Toutes les garanties, en cas d'accidents seulement, sauf l'indemnité mensuelle. Taux : 0,47 %.

I. Diminution des tarifications précédentes si l'indemnité mensuelle est payée :

	Maladie et Accident	Accident seulement
après 3 mois 1/2	0,03 %	0,015 %
— 4 mois	0,06 %	0,03 %
— 4 mois 1/2	0,09 %	0,045 %
— 5 mois	0,12 %	0,06 %
— 5 mois 1/2	0,14 %	0,07 %

II. Si l'assuré n'a pas adhéré à l'assurance retraite la garantie exonération des primes ne porte naturellement

que sur les primes décès. La tarification doit, en ce cas, être diminuée de 0,20 % si le contrat couvre à la fois maladie et accident, de 0,12 %, s'il ne couvre que l'accident.

III. Si l'assuré affecte à la garantie invalidité un versement supplémentaire de 0,50 %, ce versement assurera un supplément de rente annuelle de 18 %. En conséquence la rente annuelle peut être de :

1° si l'assuré demande toutes les garanties

20 %	pour un versement de 1 %	
38 %	—	1,50 %

2° si l'assuré renonce à l'indemnité mensuelle

26 %	pour un versement de 1 %	
44 %	—	1,50 %

Pour l'Assurance Complémentaire Groupe, comme pour l'Assurance Complémentaire-Vie, le choix des bases techniques à utiliser pour le calcul de ces primes est assez délicat. A vrai dire, dans de nombreux pays, le nôtre en particulier, on s'est contenté d'employer les données déjà existantes en assurance-vie et en assurance-invalidité ainsi que de constatations empiriques, et on n'a pas fait de travail d'ensemble spécial à cette branche, comme cela a été effectué en Suisse, par exemple. C'est regrettable, mais le travail considérable du Bureau Fédéral de Berne nous permet au moins de constater que les conclusions en matière d'assurance-groupe sont sensiblement celles auxquelles nous étions arrivés en matière de Complémentaire-Vie.

Tant pour les primes que pour les réserves mathématiques qui jouent un rôle non moins considérable — le fait d'avoir des réserves mathématiques insuffisantes est plus grave pour une caisse d'assurance que celui

d'avoir des primes trop faibles, car on s'en aperçoit souvent trop tard — ces conclusions sont, en effet :

« Qu'il est absolument indispensable de choisir la table d'invalidité avec beaucoup de soin ; bien plus que les taux de mortalité, les probabilités de devenir invalide varient avec la profession et le sexe. Elles dépendent de multiples facteurs : volonté de l'assuré dans une certaine mesure, de l'employeur, appréciation des médecins, raisons psychologiques et économiques aussi bien que raisons physiologiques » (1).

(1) A URECH : Sur les bases techniques de l'Assurance Collective et également le rapport du Bureau Fédéral des Assurances. Berne, 1931.

CHAPITRE III

Aperçu de droit comparé.

Il nous a paru utile, en fin de cet ouvrage, où nous avons surtout étudié la Complémentaire en France et d'un point de vue interne, de passer en revue les résultats pratiques auxquels sont arrivées les compagnies qui l'ont pratiquée à l'étranger. La plupart des renseignements nous ont été fourni par les mémoires déposés à l'occasion des Congrès Internationaux d'Actuaires, en particulier à Londres, Stockholm et Rome, en 1927, 1930 et 1934 et par les discussions qui ont suivi. Il s'agit donc, en somme, pour chaque pays, d'un historique rapide et d'une synthèse des résultats auxquels il est parvenu au cours de ces dix dernières années.

SECTION I

ETATS-UNIS

Pour reprendre l'expression de M. Lange-Nielsen au Congrès de Rome, l'expérience des Etats-Unis en matière de Complémentaire-Vie est « vraiment sensationnelle ». Cette combinaison a été adoptée par les compagnies américaines aux environs de 1910-1912 après quelques essais dès 1877 et consistait alors dans la libération du service des primes en cas d'invalidité totale et permanente. Mais dans les quinze ans qui sui-

virent, la généralité des compagnies transforma tant de fois les conditions initiales de l'assurance qu'en réalité aucune conclusion intéressante ne pouvait être tirée de leur expérience. Aussi, en 1926, le Committee of the Actuarial Society of America, que nous avons cité déjà plusieurs fois, fit-il le premier travail d'ensemble en centralisant les résultats de 29 compagnies américaines et canadiennes et en publiant les conclusions de son enquête sur la Complémentaire-Vie, pratiquée jusqu'à cette date dans le Continent Nord-Américain. Au Congrès de Londres tenu l'année suivante, M. Hunter, dans son exposé général, indiquait que 98 % des compagnies américaines émettaient des polices complémentaires et que les recettes en primes étaient passées, au cours des dix années écoulées, de 1.200.000 dollars à 42.000.000 de dollars ; il ajoutait que les polices-vie en vigueur, comportant les prestations de l'assurance-invalidité, se montaient au chiffre fantastique de 36 milliards de dollars.

Les polices comportaient alors deux clauses principales :

1° Clause garantissant le paiement d'une rente mensuelle dès que la compagnie aura la preuve formelle d'une invalidité de l'assuré, « présumée » permanente ; système qui peut se combiner avec le type de police qui garantit le paiement six mois après le commencement de l'invalidité ;

2° Clause dite « des 90 jours », c'est-à-dire déclarant que l'invalidité totale sera considérée comme permanente si elle a duré trois mois.

La limite d'âge était 60 ans, parfois 65 ans ; les prestations d'invalidité consistaient, outre l'exonération des primes, en une rente mensuelle de 10 dollars par mille dollars assurés.

Il est inutile d'insister sur la libéralité de ces clauses.

On ne prévoyait pas à quelles difficultés elles allaient mener les compagnies. Pourtant déjà à cette époque, M. Hunter conseillait d'étudier le problème de la sélection et d'établir des taux de primes différents selon les maladies antérieures des candidats, selon leur milieu, leurs occupations habituelles ou hasardeuses, leur sexe ; par contre il ne s'opposait pas à la rétroactivité des prestations en cas d'invalidité prolongée au delà des délais prévus ; enfin il faisait cette remarque que les décisions des tribunaux en cette matière étaient de plus en plus libérales en déclarant que le fait pour un assuré de s'occuper de travaux accessoires, n'excluait pas son droit de se dire frappé d'invalidité totale : il appelait cela « the rule of reason » et cette règle de raison ou de bon sens devait pourtant se démontrer à l'origine des déboires des compagnies.

En résumé la tendance était en 1927 d'augmenter les avantages offerts aux assurés et de rendre les conditions des polices de plus en plus libérales et cela à des taux de primes qui étaient loin d'être prohibitifs puisque, pour garantir l'invalidité totale dans le sens de la « 90 days clause », les compagnies demandaient à un assuré de 35 ans, par exemple, 0,59 % du capital assuré pour l'exonération des primes et 2,44 % pour la rente mensuelle de 1 %.

Les résultats apparurent bientôt : en 1928 déjà il devenait clair que les compagnies subissaient des pertes importantes. D'autant que certaines d'entre elles avaient lancé sur le marché quelques innovations comme celle, par exemple, d'augmenter les prestations de 50 % au bout de cinq ans de durée de l'invalidité permanente totale et de 100 % au bout de dix ans.

A la suite de conférences d'actuaire, le délai de carence fut porté à 4 mois. Puis il devint objectif que de nouvelles restrictions devaient être envisagées. Pour

connaître l'opinion du monde assureur américain, le Manager and general Counsel de l'American Life Convention procéda alors à une enquête parmi les membres de ce groupement. Dans ce but il leur adressa le questionnaire que nous reproduisons à la page suivante, avec les réponses qui y furent faites.

Il ressort de ces réponses que sur les 111 compagnies, 17 seulement se déclarèrent satisfaites. Plusieurs proposaient de réduire la rente de 1 % à 0,50 %. 77 % d'entre elles, même, estimaient qu'il valait mieux éliminer complètement l'Assurance Complémentaire de l'Assurance-Vie. Cette attitude se conçoit si l'on songe, qu'en 1930, 145 compagnies accusèrent ensemble, comme provenant du versement de la rente d'invalidité une perte de 51.750.000 dollars environ.

Aussi, en 1932, il se produisit une très vive réaction. Le montant des prestations fut ramené à 0,5 % du capital assuré ; l'âge au-dessus duquel devaient cesser les prestations fut fixé à 55 ans. Les principales compagnies cessèrent d'admettre les femmes au bénéfice de l'assurance en ce qui concerne la rente, la prestation de l'exonération des primes subsistant cependant mais avec une prime double. Le montant maximum de la rente fut fixé à 500 dollars par mois. Une loi de l'Etat de Californie, d'application, à vrai dire, assez restreinte, spécifia que le montant de la rente ne devait pas dépasser 50 à 75 % du salaire de l'assuré. Le résultat fut une sérieuse diminution du nombre des polices : une compagnie qui, avant 1932, émettait 60 % de ses polices avec la co-assurance de l'invalidité réduisit ce nombre à 15 %. La plupart cessèrent toute publicité en faveur de la combinaison — et l'on sait qu'en Amérique c'est pratiquement le premier procédé de vente — l'une d'elle vit son chiffre d'affaires concernant la Complémentaire-Vie passer de 65 % en 1930 à 1 % en 1933.

QUESTIONNAIRE DE L'AMERICAIN LIFE CONVENTION

1° *Question* : Etes-vous partisan de l'élimination de la rente d'invalidité ?

Réponse : Oui, 86 compagnies. Non, 25. Total : 111.

2° *Question* : Etes-vous d'avis qu'il faut réduire la rente de 10 dollars à 5 dollars par 1.000 dollars assurance-vie ?

Réponse : Oui, 69 compagnies. Non, 25. Total : 94.

3° *Question* : Estimez-vous qu'il faut prolonger jusqu'à 6 mois ou plus la période à l'échéance de laquelle la présomption d'incapacité permanente est acquise ?

Réponse : 6 mois, 64 compagnies. 12 mois, 16. 9 mois, 1. Aucun changement, 11. Total : 92.

4° *Question* : Etes-vous partisan de la suppression de la présomption d'incapacité permanente ?

Réponse : Oui, 57 compagnies. Non, 44. Total : 101.

5° *Question* : Etes-vous partisan de la cessation de tout paiement à l'âge de 60 ans ?... 65 ?...

Réponse : 60 ans, 56 compagnies. 65 ans, 17. 55 ans, 2. Non, 26. Total : 101.

6° *Question* : Considérez-vous qu'une sélection plus sévère éviterait les pertes en invalidité sans qu'on modifie les modalités de la participation aux bénéfices

Réponse : Oui, 13 compagnies. Non, 94. Total : 107.

7° *Question* : Etes-vous satisfait des conditions dans lesquelles est actuellement accordée la rente d'invalidité ?

Réponse : Oui, 7 compagnies. Non, 101. Total : 108.

Quant aux primes, le tarif en fut fortement majoré : en 1930, les taux passaient à 0,89 % en ce qui concerne l'exonération, et à 3,54 % en ce qui concerne la rente mensuelle, la période d'attente étant fixée à quatre mois et les prestations cessant d'être rétroactives. En 1932, ils passaient à 1,16 % pour l'exonération et à 2,65 % pour la rente mensuelle ramenée à 0,5 %, la période d'attente étant prolongée à six mois et l'âge maximum fixé à 55 ans. Enfin en 1934, les résultats continuant à être déplorables, les compagnies cessaient l'une après l'autre l'assurance de la rente d'invalidité. La garantie était désormais limitée à l'exonération du paiement des primes.

Les pertes subies par les compagnies américaines ont été très importantes. Voici quelques résultats concernant seize compagnies ayant eu un encaissement de primes supérieur à 6 millions de dollars :

Rentes hebdomadaires	Pertes
En dessous de 15 dollars	40 %
De 15 à 25 dollars	53 %
25 à 50 —	57 %
50 à 100 —	78 %
Au dessus de 100 —	94 %

Ce qui montre combien il est nécessaire que les compagnies admettent des limites supérieures dans la prestation des rentes d'invalidité.

Quelles furent les causes de ces résultats déplorables ? La principale est l'esprit trop libéral des compagnies. Esprit libéral, en réalité, dû beaucoup plus à la concurrence qu'au désir d'améliorer la combinaison en elle-même. M. Hunter, en 1934, disait à la fin de son rapport au congrès, peut-être avec une certaine ironie, que ces libéralités avaient été lancées sur le marché de l'assurance américain, non pas par une seule

compagnie, mais par un grand nombre d'entre elles dont il citait, et les noms, et les innovations successives.

Cette largesse de vue avait pour corollaire une confiance excessive dans la moralité des assurés ; il en est résulté une absence de sélection qui a été très défavorable aux compagnies. On fit même cette constatation que la visite médicale n'avait qu'une influence de très courte durée au point de vue de cette sélection. L'affirmation est de M. Hunter ; nous croyons qu'en France les statistiques des compagnies démontreraient le contraire, mais l'Amérique, dans ces dernières années a connu de telles collusions, que nous ne serions pas étonnés que le jeu de la sélection ait été faussé par elles : le bouleversement des valeurs causé par la crise économique que subit ce pays ne fut pas sans influence sur le « Moral Hazard » des assurés.

Enfin le calcul des primes avait été effectué sur des bases techniques insuffisantes ; moins empiriques que les nôtres les probabilités d'invalidité adoptées par les compagnies américaines n'étaient pas assez restrictives et, de toute façon, avaient le tort de ne pas tenir compte du risque moral. Ainsi la Complémentaire-Vie, qui connut, aux Etats-Unis, une réussite extraordinaire auprès de la clientèle, a perdu en dix ans tout le bénéfice de son essor et est actuellement presque totalement abandonnée. Une mise au point est à faire dans ce pays : prudence dans les clauses à appliquer ; accord des diverses compagnies entre elles, afin d'éviter cette concurrence effrénée qui ne les a conduit qu'à de nuisibles surenchères ; sélection plus étroite et évaluation nouvelle des bases techniques. Tels nous semblent les facteurs sur lesquels doit porter l'attention du monde assureur américain. Notre intérêt, à nous Européens, est de voir le marché de l'Assurance Complémentaire

en Amérique s'assainir et la combinaison être à nouveau pratiquée, afin de tirer à nouveau, à notre usage, des conclusions utiles de ces expériences faites sur cet immense champ de 140 millions d'habitants.

SECTION II

ALLEMAGNE

L'assurance contre l'invalidité combinée avec l'assurance-vie fut introduite pour la première fois en Allemagne, en 1883. Jusqu'à la fin du XIX^e siècle une vingtaine de compagnies pratiquèrent ce risque, mais la plupart furent absorbées par d'autres compagnies et, en réalité, l'Assurance Complémentaire ne connut pas un grand développement durant cette période. Puis la guerre, d'abord, et l'inflation ensuite devaient désorganiser le marché et c'est seulement depuis une dizaine d'années que les compagnies ont repris l'assurance du risque : il y en a actuellement une trentaine qui s'y intéressent.

En 1927, il existait dans les compagnies d'assurance allemandes deux espèces de combinaisons. Dans la première la rente d'invalidité se combinait avec une rente de vieillesse, mais ce système n'était pratiqué que par un petit nombre de compagnies. Au contraire la deuxième était — et est encore — très répandue : elle consistait en une Complémentaire-Vie classique garantissant l'exemption du montant des primes et le paiement d'une rente d'invalidité.

Actuellement la plupart des compagnies adoptent pour l'invalidité la définition suivante :

« Il y a invalidité de l'assuré dans le cas où celui-ci se trouve empêché, vraisemblablement pour toute sa vie, soit à la suite d'une maladie constatée par le médecin, soit comme conséquence d'une blessure, de conti-

nuer à exercer sa profession ou d'en embrasser une nouvelle qui soit en accord avec la position sociale et les connaissances de l'assuré. »

Pour certaines compagnies il y a invalidité lorsque l'assuré est invalide probablement pour toute sa vie, à condition que cette invalidité ait duré une année au moins.

Les prestations des polices dépendent du degré de l'invalidité : tant que celle-ci est inférieure à 25 %, aucune rente, dans la presque totalité des cas, n'est accordée. Il y a des compagnies, même, où les rentes ne sont accordées que lorsque le degré d'invalidité dépasse 33,3 % ou 50 %. Par contre les prestations sont généralement totales, c'est-à-dire la rente s'élevant à 100 %, dès que le degré atteint 50, 66, 6 ou 75 %. Voici, d'ailleurs, un tableau résumant ces différentes prestations selon le degré d'invalidité ; et cela pour plusieurs compagnies intitulées A, B, C, D, etc...

COMPAGNIES	DEGRÉ D'INVALIDITÉ		
	PAS DE PRESTATIONS	PRESTATIONS PROPORTIONNELLES	PRESTATIONS TOTALES
	%	%	%
A	Inférieur à 25	De 25 à 99	100
B	— 25	25 à 74	De 75 à 100
C	— 25	25 à 49	50 à 100
D	— 33,3	33,3 à 66,6	66,6 à 100
E	— 33,3	33,3 à 75	75 à 100
F	— 23,3	33,3 à 99	100
G	— 50	»	50 à 100
H	»	1 à 99	100

Ainsi, une des caractéristiques de l'Assurance Complémentaire en Allemagne est la couverture de l'invalidité partielle, pratiquée d'une façon prudente. Il serait utile, à notre avis, de nous inspirer en France de l'expérience allemande en cette matière.

Quant aux bases techniques, il est d'usage, en Allemagne de ne tenir compte, ni du degré d'invalidité, ni de la possibilité de rétablissement, et, soit d'exprimer la mortalité des invalides par une simple entrée de mortalité pour les invalides, soit d'assimiler la mortalité des invalides à celle des valides. C'est la méthode que nous avons préconisée pour l'établissement du calcul simplifié de la prime complémentaire en France. Les tables employées sont celles qui ont été établies en utilisant les statistiques faites sur le personnel des chemins de fer allemands : tables de Zimmermann, tables de Bentzien... Le taux d'intérêt est compris entre 3,5 % et 4 %. Les tarifs sont très différents selon les prestations accordées, d'autant que certaines assurances complémentaires sont contractées en partie avec et en partie sans participation aux bénéfices : il arrive que les primes de la complémentaire avec participation aux bénéfices soient identiques aux primes de la complémentaire sans participation, sinon, même, moins élevées. Voici, par exemple, trois catégories de taux, pour 100 R. M., appliqués par trois compagnies, la première ne pratiquant pas la participation aux bénéfices, les deux autres la pratiquant :

AGE	COMPAGNIES		
	A	B	C
De 30 à 35 ans	4	3	4,60
30 à 65 ans	6,40	6,30	8,30
40 à 60 ans	7	7,10	7,85
40 à 65 ans	10,60	10,60	11,30
45 à 65 ans	13,40	13,60	12,80

Lorsqu'il y a désaccord entre les assurés et la compagnie, au sujet des prestations offertes, les assurés peuvent généralement en appeler à l'arbitrage des tribunaux dont le jugement est reconnu comme définitif par la plupart des compagnies, sinon, ils peuvent s'adresser aux tribunaux compétents. D'ailleurs l'expérience montre que très peu de procès ont été engagés au sujet de la complémentaire.

En résumé, l'expérience allemande dans ces dernières années a été concluante. Le portefeuille d'assurance en vigueur s'élevait à environ 60 millions de reichsmark et les encaissements à près de 5 millions. Il a doublé en dix ans. Le montant des rentes d'invalidité payées annuellement se monte à 800.000 reichsmark. On sent d'ailleurs que l'Allemagne n'a pas l'intention de s'arrêter en chemin mais de poursuivre l'exploitation de la complémentaire avec cette méthode et cette persévérance qui sont ses caractéristiques. C'est ce qu'exprimait l'actuaire allemand M. Eckert en terminant son rapport au Congrès de Rome par ces mots :

« Les assurances privées allemandes ont enregistré

les années passées des succès importants, mais il leur reste encore, pour l'avenir, un vaste champ de fructueuse activité. »

SECTION III

SUISSE

Toutes les sociétés suisses d'assurances sur la vie garantissent la co-assurance du risque invalidité. La première introduisit cette combinaison en 1893. C'est la même compagnie qui assume les deux risques, l'assurance-vie et l'assurance-invalidité : quelques sociétés n'émettent qu'une seule police, tandis que d'autres en délivrent deux, pour chaque sorte de risque. La définition de l'invalidité ne varie pas beaucoup d'une compagnie à l'autre : elles appliquent l'incapacité générale de gain, en appréciant cette incapacité, compte tenu de la profession et de la situation sociale de l'assuré. L'invalidité partielle est garantie lorsqu'elle est supérieure à 25 %. La limite d'âge est 60 ou 65 ans.

Afin d'éviter la simulation, « plaie de l'assurance », comme l'écrit M. S. Dumas, les sociétés insistent sur le fait, constatable médicalement, qu'il doit y avoir relation de cause à effet entre l'accident ou la maladie et l'invalidité.

Les prestations comprennent l'exonération des primes et la rente d'invalidité. Cette dernière, généralement de 5 ou 10 % du capital assuré, atteint parfois 20 %. Par contre beaucoup de compagnies limitent leur couverture à la libération du service des primes.

La participation aux bénéfices a été comprise de diverses manières : pour quelques compagnies, la police complémentaire participe aux bénéfices, pour les autres, non ; pour quelques unes, l'assurance-vie conti-

à participer aux bénéfices même si l'assuré est devenu invalide.

Pour le calcul des primes et des réserves il est fait usage des méthodes techniques de l'assurance-invalidité et des bases techniques statistiques des employés de chemin de fer ou d'autres professions similaires. Les primes sont échelonnées suivant l'âge et la combinaison choisie ; elles sont relativement élevées. Rappelons, qu'en matière d'assurances collectives, il existe un travail extrêmement approfondi sur les bases techniques et le calcul des primes, publié par le Bureau Fédéral des Assurances, à Berne, en 1931.

En résumé, donc, la combinaison de la co-assurance d'invalidité est pratiquée communément par toutes les compagnies, mais, en réalité, assez peu d'assurés sur la vie demandent à bénéficier de ses prestations. Il faudrait, non seulement, que les primes afférentes à cette sorte de risque soient moins élevées mais surtout que l'éducation des assurés soit poussée davantage. Mais, instruites des résultats obtenus à l'étranger, les sociétés suisses suivent une voie très prudente et n'amplifient pas leur propagande outre mesure. C'est dire que les résultats actuels ne présentent pas un gros volume : les primes encaissées, au titre des Assurances Complémentaires, par les sociétés suisses soumises à la surveillance fédérale ont été en 1936 de 816.008 francs suisses et le montant des capitaux de 235.848 francs suisses.

SECTION IV

ITALIE

Les compagnies d'assurance italiennes ont commencé, dès 1900, à admettre les prestations d'invalidité, en concédant aux assurés l'exemption du paiement des

primes mais, contrairement aux autres pays, cette complémentaire fut accordée à l'origine, sans surprime, parce qu'on considérait qu'il y avait là une mesure utile pour la santé de l'assuré ; on ne l'accordait d'ailleurs qu'aux risques non tarés et qu'aux personnes dont les professions étaient considérées comme non dangereuses. La limite d'âge était 60 ans. Ce caractère gratuit favorisa le développement de la Complémentaire-Vie.

Mais, bien vite, il apparut qu'une technique saine d'assurance ne pouvait permettre de garantir un risque supplémentaire sans surprime correspondante. Aussi, à partir de 1924, les assureurs exigèrent, pour les affaires nouvelles, une surprime calculée sur l'âge de l'assuré à la maturité du contrat, et allant de 1/2 % à 1 % de la prime-vie. Les compagnies italiennes se mirent, en outre, d'accord sur les conditions suivantes que devaient remplir la combinaison :

1° L'assurance principale doit être une assurance en cas de décès, à prime temporaire, une mixte immédiate ou une assurance à terme fixe ;

2° L'assuré doit effectuer lui-même le paiement de sa prime ;

3° La surprime annuelle de la complémentaire sera due pour la durée entière de la prime de l'assurance-vie.

En 1927, M. Ottaviani, au Congrès de Londres, reprochait aux compagnies italiennes d'appliquer des tarifs empiriques et de n'utiliser que les tables de Zimmermann sur le personnel sédentaire des chemins de fer allemands ; lui-même proposait alors des calculs rationnels fondés sur des études statistiques, dont nous avons parlé au chapitre II.

Quant à la définition de l'invalidité, on recherchait à ce moment s'il fallait appliquer à l'assurance privée.

celle de la loi italienne : est invalide « celui dont le gain est réduit au tiers du gain d'une personne de la même profession de condition physique normale ». M. Ottaviani proposait plutôt celle-ci : « Est invalide celui qui, par suites de lésions physiques ou de maladies objectivement vérifiables (excepté la faiblesse sénile et l'épuisement général ou nerveux) a perdu d'une manière définitive et permanente la capacité de gain et de travail dans la profession déjà exercée par lui ou dans toute autre profession ou occupation convenant à ses aptitudes et à ses habitudes ».

M. Pietro Smolensky, également au Congrès de Londres, rappelait que depuis l'introduction de la Complémentaire, tous les grands instituts italiens d'assurances (Istituto Nazionale, Assicurazioni Generali, Riunione Adriatica di Sicurta) avaient reconnus des cas d'invalidité dont le nombre se monte à 300, correspondant à 3.507 années d'observation. Il en tirait les probabilités de mort suivantes, comparées à celles de Zimmermann :

AGE ATTEINT	CAS D'INVALIDITÉ	CAS DE DÉCÈS	PROBABILITÉ DE MORT	
			OBSERVÉE	ZIMMERMANN
27	13	3	0,14	0,08
28-32	37	11	0,11	0,07
33-37	50	24	0,14	0,06
38-42	79	49	0,18	0,06
43-47	49	36	0,17	0,05
48-52	48	26	0,19	0,05
53-57	18	9	0,11	0,05

Il y a quelques années les compagnies italiennes commencèrent à garantir, non plus seulement l'exemption du paiement des primes mais aussi une rente temporaire. Ce fut principalement à la suite du vote d'une loi italienne qui garantissait aux employés licenciés ou à leur famille, en cas de décès, une indemnité déterminée de licenciement proportionnelle à leurs derniers émoluments et au nombre d'années de service. En 1929, l'Institut National italien, en accord avec la Compagnie d'assurance italienne sur la vie mettait au point un tarif d'assurance, dit Tarif I.E.P. (Indemnité aux Employés Privés) qui, moyennant le versement d'une prime annuelle effectuée par l'employeur, garantissait l'indemnité prévue par la loi, tant en cas de décès qu'à la suite d'invalidité au cours du travail, plus la retraite pour l'âge de 60 ou 65 ans. Le droit à l'indemnité était acquis, après un an de durée de la police, dans les cas d'invalidité définie par la perte, présumée permanente et totale, de la capacité de travail correspondant à la profession antérieure ou à tout autre métier conforme aux aptitudes et habitudes de l'intéressé, et survenue par suite de maladie ou de lésion quelconque, constatées objectivement.

Ainsi l'Italie qui, par ailleurs, connaît l'assurance des travailleurs, semble se tourner délibérément vers l'Assurance Complémentaire à l'effet d'apporter aux professions des classes moyennes, une garantie utile pour des primes peu élevées. Le caractère social de la Complémentaire est, pour elle, primordial. C'est lui qui donne actuellement l'impulsion à l'exploitation de cette branche qui n'a apporté jusqu'ici, dans ce pays, que des résultats très moyens : une grande compagnie italienne estimait au 31 décembre 1933 à 4.089.697 liras, les réserves nécessaires à la libération du paiement des primes sur un total de 1.207.865.694 liras représen-

tant le montant global des réserves pour les assurances sur la vie.

SECTION V

ANGLETERRE

L'assurance invalidité a fait très peu de progrès en Angleterre depuis trente-cinq ans environ qu'elle a été instituée, en complément de l'Assurance-Vie. Ces dernières années, les prestations du remboursement de tout ou partie du capital assuré, ou celles du versement d'une rente, en cas d'invalidité permanente totale, ont donné lieu à quelques tentatives de la part des compagnies anglaises, mais sans beaucoup de succès.

La question a été agitée devant l'Institut des Actuaires anglais, à l'une de leurs réunions, en 1924, mais la combinaison ne recueillit que fort peu leur approbation.

L'Assurance Complémentaire, actuellement pratiquée, fait partie intégrante de la police-vie. Elle existe sous plusieurs formes. La forme la plus courante est celle d'une simple extension de la police-vie par laquelle le capital assuré en vie est doublé si l'assuré est victime d'un accident qui cause sa mort dans les trois mois qui le suivent. La deuxième forme est une extension de la première, à savoir :

1° Si l'accident en question cause à l'assuré la perte de deux membres, de deux yeux, d'un membre et d'un œil, versement d'un capital égal à celui assuré en vie ;

2° Si l'accident cause la perte d'un seul membre, ou d'un seul œil, versement de la moitié de ce capital.

La limite d'âge est fixée à 65 ans.

Indépendamment de ce contrat accident, il est possible de souscrire, soit séparément, soit par avenant au contrat -vie, une police invalidité dont les caractéristiques sont les suivantes :

1° *Premier système* : rentes immédiates d'un montant variable selon les compagnies ; en général, la rente est payable en totalité pendant 26 semaines et par moitié seulement pour la durée restant jusqu'au terme du contrat.

2° *Deuxième système* : rentes différées d'un montant variable selon les compagnies ; la rente est payable seulement après trois ou six mois d'incapacité, mais versée en totalité ensuite jusqu'au terme du contrat.

La limite d'âge est comprise entre 20 et 55 ans, les prestations cessant à 65 ans. Enfin, l'invalidité partielle peut être assurée, à condition qu'elle soit supérieure au tiers de l'incapacité totale permanente.

Quant au calcul des primes, les bases statistiques employées découlent de l'expérience des Friendly Societies, comme celle du « Manchester Unity Order of Oddfellows » de 1893 à 1897 qui groupe environ 3.000.000 d'années de vie exposées au risque. A titre d'exemple voici deux tarifs calculés en prenant cette expérience pour base et en faisant le calcul pour une rente d'invalidité de £ 1 par an, la limite d'âge étant de 60 ans. Le premier tarif donne le taux lorsque la période d'attente est de trois mois, le second lorsqu'elle est de douze mois. Enfin, à titre de comparaison nous avons inscrit, dans une troisième colonne, les taux de la table Inter Cy de 1926 (Classe I, c'est-à-dire sans la clause « 90 jours »).

AGE A L'ENTRÉE	TARIF I	TARIF II	CLASSE I
25	0,1849	0,129	0,097
35	0,2752	0,203	0,115
45	0,4808	0,378	0,148

De cette simple comparaison découle la nécessité de préférer des périodes d'attente de un an à celles de trois mois, même de six mois, généralement adoptées actuellement. C'est à cette conclusion que le rapporteur anglais, au Congrès de Londres, était arrivé.

Au Congrès de Rome, où il fut démontré que ce type d'assurance n'avait pas progressé en Grande-Bretagne, on estima qu'il restait cependant utile de l'exploiter, pourvu qu'une sélection sévère soit opérée dans le choix des risques. On proposait pour cela six conditions essentielles :

- 1° N'accepter que des risques masculins ;
- 2° Adopter trois ou quatre tarifs selon les risques professionnels ;
- 3° N'accorder le paiement de la rente qu'après six mois au moins de durée continue de l'invalidité ;
- 4° Cesser le paiement de la rente à 65 ans ;
- 5° Exiger la déclaration de tout changement de profession de l'assuré ;
- 6° Limiter le montant de la rente aux 3/4 des revenus de l'intéressé.

En résumé, tout en constatant que l'assurance maladie ordinaire, bien que pratiquée depuis 1885 en Angleterre, n'a guère progressé, l'opinion générale du monde assureur anglais semble être que l'Assurance

Complémentaire invalidité peut aider utilement à la propagande de l'assurance-vie, particulièrement dans les années qui vont suivre, où elle va sans doute se développer dans le cadre des assurances collectives de retraites, à l'ordre du jour en Angleterre comme dans les autres pays.

SECTION VI

CANADA

L'assurance-invalidité jointe à l'assurance-vie a été introduite par les compagnies canadiennes en 1911, seulement, parce que, auparavant, la loi dite « Insurance Act » rendait cette combinaison impossible. Au début ne fut couvert que le paiement des primes-vie et c'est en 1917 qu'un nouvel amendement permit l'extension au versement de la rente d'invalidité. Rente d'importance variable, généralement d'un montant de 1 % mensuellement ou de 10 % annuellement du capital assuré en vie.

A l'origine, l'invalidité était définie comme l'incapacité pour un assuré d'effectuer d'une manière permanente un travail quelconque susceptible de rémunération. Quelques compagnies exigeaient que l'invalidité existât depuis au moins 60 jours. Plus tard en 1922 on considéra comme invalidité permanente celle qui subsistait depuis plus de trois mois : c'était s'écarter exagérément de la combinaison initiale. En 1927 on fit mieux : certaines compagnies allèrent jusqu'à supprimer le mot « permanent » de leurs polices et à accorder leurs prestations pour toute invalidité qu'elle soit, pourvu qu'elle ait duré plus de trois mois.

Les résultats de cette politique ne se firent pas attendre : les compagnies subirent d'énormes pertes, à la même époque et pour les mêmes raisons qu'en ce qui concernait les compagnies américaines, bien que les prestations canadiennes fussent, malgré tout, moins libérales que certaines clauses des polices américaines. Aussi quand les compagnies des Etats-Unis modifièrent profondément leurs contrats en 1930, les compagnies canadiennes les suivirent : en particulier la période d'attente passa de trois à quatre mois. Les pertes continuant, on adopta en 1932, suivant en cela les recommandations de la Canadian Life Insurance Officers Association, la période d'attente de 6 mois.

Outre l'exonération des primes les polices garantissaient une rente, payable à la fin du sixième mois d'invalidité totale, de 1 % du capital assuré pendant 50 mois et de 1/2 % pendant les 100 mois suivants. Les limites d'âge étaient comprises entre 18 et 50 ans pour les têtes masculines, 20 et 45 ans pour les têtes féminines, les prestations cessant à 55 ans pour les hommes et à 50 ans pour les femmes.

A la fin de 1932 les polices en vigueur au Canada comportant l'assurance invalidité se montaient à 2 millions de dollars, 16 % comprenaient l'exonération des primes, 23,1 % y ajoutaient la rente d'invalidité. Au total les primes de la Complémentaire représentaient 2,2 % du montant des primes-vie.

Les primes avaient été calculées sur les bases techniques correspondant à l'expérience des Sociétés de Secours Mutuels et aux tables d'invalidité de Hunter, de 1911, puis ensuite aux tables de l'Expérience de la Manchester Unity, comme en Angleterre, enfin, en tenant compte de l'Expérience de l'Actuarial Society of America qui comportait, nous l'avons vu, les résultats de 6 compagnies canadiennes. Les tarifs subirent

ainsi des relèvements successifs. Voici, à titre d'exemple, un tableau comparatif :

AGE	1911 à 1918		CLAUSE DES					
			3 mois 1927		4 mois 1930		6 mois 1932	
	I	II	I	II	I	II	I	II
25	0,25	1,20	0,38	1,70	0,55	2,53	0,80	3,26
35	0 30	1,70	0,59	2,35	0,85	3,25	1,30	4,21
45	0,65	2,65	1,05	3,50	1,49	4,55	2,48	5,86
55	2,10	4,75	2,13	6,10	2,93	6,84	5,50	8,73

NOTA { I = garantie de l'exonération des primes seulement.
 II = combinaison complète : exonération et rente.
 Taux pour 1.000 dollars.

La limite du risque était dans les grandes compagnies de 250 dollars par mois, en moyenne, avec un maximum de 500 dollars. Les compagnies garantissaient les femmes pour un taux double de celui demandé pour les hommes.

De 1928 à 1932, les statistiques des 9 compagnies les plus importantes font ressortir une diminution des affaires touchant la branche complémentaire de 8 % : en 1931 ces affaires passent, en effet, à 20 % contre 28 % en 1928, en ce qui concerne la combinaison complète, et à 2 % contre 7 %, en ce qui concerne l'exonération des primes. Dans le même temps, la proportion des sinistres observés par rapport aux sinistres prévus ne fait que croître : jusqu'en 1923 71 %, de 1923 à 1926 123 %, de 1926 à 1929, 110 %, de 1929 à 1932 108 %, en ce qui concerne la combinaison exonération

des primes, et 207 % de 1926 à 1929, et 183 % de 1929 à 1932 en ce qui concerne la combinaison complète : l'introduction de la rente avait en somme, doublé les taux d'invalidité, eux-mêmes proportionnels, comme le montre l'expérience, au montant des capitaux assurés.

Aussi, en 1932, la plupart des compagnies canadiennes cessèrent-elles les prestations de la rente d'invalidité et, en 1933, 14 % seulement des affaires d'assurance-vie comprenaient l'exonération des primes.

Les actuaires canadiens ont été défavorablement impressionnés par l'expérience de la Complémentaire-Vie tant dans leurs pays que sur le territoire voisin des Etats-Unis, et l'un d'eux, au Congrès de Rome, en citant les résultats d'une grande compagnie canadienne, s'abandonnait aux conclusions pessimistes suivantes :

1° Les rentes d'invalidité n'ont pas été une source de profit pour les compagnies ;

2° Une augmentation des primes, par cela qu'elle écarte les bons risques, conduit inévitablement à une augmentation des taux d'invalidité ;

3° Le problème de la rente d'invalidité est un problème de risque moral, et l'augmentation de cette rente a augmenté ce risque : en conséquence les compagnies n'auront pas à souffrir de l'abandon de cette prestation ;

4° Le fait pour certaines compagnies de persister à accorder la rente d'invalidité montre sans doute leur louable désir de poursuivre l'œuvre traditionnelle, mais il reste encore à prouver que « cette sorte d'affaire puisse être une source de bénéfices pour les compagnies d'assurance-vie » (This class of business can be profitably issued by Life Insurance Companies).

SECTION VII

HOLLANDE ET PAYS SCANDINAVES

En Hollande l'exploitation de la complémentaire est assez rare. Une enquête effectuée par M. A. G. Ploeg auprès des 23 compagnies les plus importantes, représentant 90 % des affaires totales (Hollande et Indes Néerlandaises) a donné les résultats suivants : 10 compagnies répondent que leur statut ne leur permettrait pas d'envisager ce risque ; 2 insistent sur l'insignifiance de leur portefeuille à l'égard de la combinaison ; 5 se montrent indécises mais sans faire preuve de beaucoup d'enthousiasme pour celle-ci et, finalement, il n'en reste que 6, représentant, il est vrai, 40 % du total des affaires d'assurance, qui puissent être considérées comme non opposées à la co-assurance d'invalidité. On peut estimer le montant total de rentes d'invalidité assurées à 3.200.000 florins par an, dont 2.500.000 assurées par ces 6 dernières compagnies. En ce qui concerne les garanties, 4 compagnies couvrent l'invalidité permanente totale, 3 l'invalidité totale et l'invalidité partielle, une couvre à la fois l'invalidité permanente et temporaire. La prestation maxima est la rente de 10 %, le plafond étant généralement fixé à 300 florins. Les taux de primes sont calculés empiriquement et sont extrêmement divers, selon la catégorie d'invalidité assurée. En fait, la combinaison est très peu appliquée en Hollande. Les compagnies ont adopté une attitude prudente, particulièrement en raison des résultats qu'elles ont vu se manifester en Amérique. Toutefois on peut penser que l'avenir les verra plus hardies, du moins en ce qui concerne l'exonération des primes, formule

susceptible d'être bien accueillie par le public hollandais, pour peu qu'on l'éduque en ce sens.

En Suède, l'Assurance Complémentaire invalidité a été introduite, en 1891, sous la forme de l'exonération des primes et, jusqu'en 1903, cette garantie a été accordée gratuitement. Plus tard on a admis une surprime et introduit la rente d'invalidité d'un montant maximum de 10 %. Les formes d'assurance ont pour objet, soit l'invalidité permanente seule, soit l'invalidité totale temporaire ou permanente lorsqu'elle se prolonge au-delà d'une certaine période, généralement 4 semaines, soit enfin une combinaison des deux formes. Les bases de calcul sont tirées de l'expérience allemande concernant le personnel des chemins de fer adaptée à une expérience concernant le personnel des chemins de fer suédois (tables de Behm ajustées par Jaederin), et également des caisses de maladie et de l'expérience de la Société d'assurance « De Förenade ». La limite d'âge est généralement 65 ans. En fait l'Assurance Complémentaire est peu pratiquée : à peine 20 % des polices-vie comportent-elles l'exonération des primes en cas d'invalidité. C'est pourtant sur la base de cette garantie qu'elle aurait actuellement tendance à se développer, mais l'invalidité envisagée serait plutôt, en dépit des mauvais résultats qu'elle a donné ailleurs, l'incapacité qui a duré un certain temps, et non l'incapacité permanente, constatée restrictivement, qui, comme nous l'avons vu, est, par prudence, plus généralement préférée aujourd'hui par les compagnies de la plupart des pays.

En Norvège, au contraire, 90 % des polices-vie possèdent la prestation de la libération des primes en cas d'invalidité qui a été, généralement, introduite aux environs de 1898. L'invalidité considérée est celle qui a été ininterrompue pendant trois mois consécutifs. La

rente d'invalidité a été pratiquée seulement en 1925 : l'invalidité considérée à son égard est celle qui a duré au moins 6 mois. Dans l'ensemble, les résultats financiers ne sont pas excellents, les taux et les degrés de l'invalidité s'étant fortement accrus entre 1920 et 1925, constatation identique d'ailleurs pour tous les pays. Là aussi le risque moral a joué un grand rôle, aux dires des experts aux congrès d'actuaire, et c'est finalement de son amélioration et d'une moins grande libéralité des compagnies, en cas de sinistres, qu'ils comptent pour ranimer le développement de la combinaison.

Au Danemark l'Assurance Complémentaire a été introduite, il y a environ 40 ans sous la forme d'exonération des primes. Au début, cette prestation n'était accordée qu'en cas d'invalidité permanente et totale ; plus tard les compagnies supprimèrent l'obligation du caractère total de l'invalidité et admirent des réductions de primes de 10 % si l'incapacité était diminuée de moitié, de 20 % au-dessus, etc... A noter que toutes ces garanties étaient accordées sans surprimes. Il y a quelques années cependant on voulut établir une surprime, mais on n'utilisa pour cela ni bases statistiques, ni calculs rationnels et elle apparut très vite comme prohibitive. Aussi, aujourd'hui, la plupart des compagnies danoises continuent à assurer la libération du paiement des primes gratuitement. Enfin, quelques compagnies ont introduit la rente d'invalidité lorsque l'invalidité est supérieure aux $\frac{2}{3}$ de la capacité de travail, mais ce système est considéré plutôt comme une transition entre l'assurance de capitaux et l'assurance-pensions favorablement envisagée, en ce moment, au Danemark.

En Finlande, enfin, la co-assurance d'invalidité est apparue, pour la première fois, vers 1892 mais ce

n'est que vers 1910, que les polices continrent l'essentiel des dispositions actuelles de la Complémentaire. Chose curieuse : l'expérience prouva dans ce pays que la cause d'invalidité la plus fréquente est l'aliénation mentale qui se produit dans 47,9 % des cas. La rente d'invalidité qui a été introduite en 1908 est actuellement comprise dans la plupart des polices. L'ensemble des conditions des polices finnoises se rapprochent beaucoup de la Complémentaire-Vie telle qu'elle est pratiquée en France : détermination exacte de la notion de l'incapacité de travail par une liste d'infirmités ; indemnités en cas de maladie payée, si l'incapacité est totale, au-delà d'un certain délai (6 mois), etc... Enfin, dans les assurances populaires, l'indemnité est donnée sous forme d'exemption des primes pour la période d'incapacité dépassant un mois. Les primes ont été calculées sur la base des expériences des chemins de fer allemands et suédois. Elles ont laissé apparaître une telle marge bénéficiaire qu'elles furent à l'origine de l'introduction en 1926, par quelques compagnies, de la prestation en cas d'invalidité temporaire totale, supérieure à six mois, qui, jusque-là, n'était pas accordée.

SECTION VIII

JAPON

Il y a actuellement au Japon 33 compagnies d'assurance sur la vie dont 4 mutuelles, pratiquant surtout l'assurance-vie entière et la mixte avec participation aux bénéfices dans la quasi-totalité des contrats. Ces

33 compagnies sont en plein développement et le montant total de leur chiffre d'affaires est passé de 9.613 millions de yen en 1933 à près de 15 millions en 1937. Bien que la proportion entre les frais généraux et l'encaissement des primes soit encore élevés, comme c'est normal pour des compagnies jeunes, de 20 à 25 %, il n'est pas douteux, qu'en s'inspirant, comme elles le font actuellement, des méthodes européennes et américaines, elles connaissent très prochainement un magnifique développement.

Mais à côté des compagnies privées, il existe une forme d'assurance-vie qui est particulière au Japon : les Post Office Life Insurances, assurances-vie souscrites auprès de la poste. C'est à la fin du siècle dernier que l'idée fut émise au Japon de confier l'industrie des assurances aux P. T. T. L'extraordinaire bouleversement industriel et social que connut alors ce pays, particulièrement après la guerre russo-japonaise, amena les autorités à considérer avec faveur cette idée, et en 1916 la Diète Impériale vota la loi sur les Post Office Life Insurances qui entra en vigueur le 1^{er} octobre de la même année.

Bien que cette question déborde quelque peu le cadre de notre étude, il est, nous semble-t-il, utile de voir les résultats de cette loi au Japon.

Les Post Office Life Insurances sont dirigées par le Bureau de la Post Office Insurance sous la direction du Ministre des Communications. Les directions régionales des communications ont la surveillance de toutes les questions relatives à l'assurance dans leurs districts (rédaction des polices, etc...). Enfin toutes les opérations de souscription des polices et de règlement des primes se font dans les bureaux de poste ordinaires qui sont au nombre de plus de 11.000 disséminés sur tout le territoire.

Les polices sont de trois sortes : vie entière, mixte et dotale. La limite d'âge est comprise entre 12 et 60 ans pour les deux premières, 3 et 12 pour la troisième. La table de mortalité est la « Table de mortalité de Population Japonaise majorée de 20 % (expérience 1899-1903). Le taux de capitalisation est de 3,50 %.

Les polices vie-entière et mixte sont émises seulement pour des multiples de 10 sen de primes mensuelles, les sommes assurées devant être comprises entre 20 yen minimum et 450 yen maximum. Par conséquent il s'agit surtout de polices destinées à une clientèle peu fortunée ; d'ailleurs il n'y a pas de visite médicale mais seulement un enquête personnelle faite par un employé du bureau de poste. Pour contre balancer ce manque de sélection médicale, on a imposé, comme en France, en matière d'assurances populaires, des délais avant lesquels les capitaux assurés ne doivent pas être versés aux bénéficiaires, étant entendu, toutefois, que ceux-ci y auront droit, nonobstant les délais, si l'assuré décède des suites d'un accident ou d'une maladie. Cette disposition se rapproche de l'Assurance Complémentaire. A noter, qu'au Japon, les maladies, qui peuvent donner lieu à cette exception sont énumérées au premier paragraphe de l'article premier d'une loi spéciale, dite « Loi sur la prévention des maladies infectieuses ».

Mais l'assurance comprend d'autres dispositions analogues à celles de la Complémentaire :

« Si l'assuré, tant que son contrat est valable, perd, à la suite d'un accident ou d'une maladie, à la fois les deux mains ou les deux pieds, ou un pied et une main, ou perd définitivement l'usage de la vue, il ne lui sera plus réclamé de primes, à partir du moment où la Poste aura reçu la preuve formelle de son incapacité.

« En outre si l'assuré a atteint 70 ans et que sa police ait été en vigueur pendant trente ans au moins il pourra demander l'exemption des primes futures, à condition qu'il renonce à la contre-assurance (remboursement des primes versées en cas de décès) entre le moment où il produit cette demande et le terme du contrat. »

Enfin les Post Office Life Insurances ont organisé un Service de Santé qui, par une propagande très fructueuse, assume avec succès un grand rôle de prévention. Ses résultats ont été brillants puisque de 1922 à 1936, le Service a examiné près de trente millions de malades.

Ajoutons à titre documentaire qu'à la fin de l'année 1935 les Post Office Life Insurances avaient 23.765.709 polices en vigueur pour un total de capitaux de 3.223.178.709 yen et un encaissement total de primes de 19.496.076 yen.

En résumé l'assurance-vie prend chaque jour, tant dans les compagnies privées que dans le Post Office, une importance plus grande, au Japon. La question de l'invalidité qui est étudiée corollairement n'a pas encore donné lieu à de grands développements. On s'en préoccupe cependant puisqu'au Congrès de Rome, l'envoyé du Japon prenait part à la discussion sur ce sujet et indiquait que la rente d'invalidité doit être fixée en tenant compte de deux maxima possibles soit la diminution de revenus, soit l'augmentation de frais entraînés par l'invalidité. Il penchait d'ailleurs vers cette deuxième solution.

Le Japon joue chaque jour un rôle plus important dans la vie économique des nations. L'évolution de ses institutions en un siècle est prodigieuse et il serait sans doute fort instructif d'aller juger sur place de

leurs progrès. C'est, en ce sens, qu'il est regrettable que les actuaires européens n'aient pas cru devoir, en raison de la distance, accepter l'invitation, que leur faisaient les actuaires Japonais, de tenir leur prochain Congrès à Tokyo.

<i>Vu :</i> LE DOYEN, G. RIPERT.	<i>Vu :</i> LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE, M. PICARD.
---	---

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABOUT (Edmond). — *Les Questions d'argent. L'Assurance*. Paris, 1874.
- AGNEL et DE CORNY. — *Manuel Général des Assurances*. Godde, 1923.
- ANCEY (César) et SICOT (Lucien). — *La Loi sur le Contrat d'Assurance*. Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence. Paris, 1931.
- ANCEY (César). — *Théorie des Opérations d'Assurances*. Rousseau, Paris, 1904.
- ANCEY (César). — *L'Assurance*. Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence, Paris, 1933.
- BAUMGARTNER (Eugène). — *Encyclopédie des Assurances*. Fontemoing, Paris, 1899.
- BERGER (A.). — *Zur Methodik der Berechnung von Invalidenrenten* (X^e Congrès International d'Actuaires).
- BODONI (G.). — *Alcune Osservazioni intorno all' assicurazione Complementare* (X^e C. A.).
- BÖHMER (E.). — *Die in Lebensversicherungsverträgen enthaltenen Entschädigungen gegen Erwerbsunfähigkeit* (VIII^e C. A.).
- BOREL (Emile). — *Eléments de la Théorie des Probabilités*. Hermann, Paris, 1909.
- BRAUN (H.). — *Die Bedeutung von Unfällen aller Art für die Sterblichkeit der Lebensversicherten und die Unfallzusatzversicherung* (X^e C. A.).
- BULLETIN DE L'INSTITUT DES ACTUAIRES FRANÇAIS.

BULLETIN DE L'INSTITUT DES ACTUAIRES SUISSES.

BULLETIN D'INFORMATION DE LA C^{ie} LA PATERNELLE.

BUREAU FÉDÉRAL DES ASSURANCES. — *Bases Techniques de l'Assurance de Groupe*. Berne, 1931.

BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL. — *L'évaluation de l'incapacité permanente de gain dans les Assurances Sociales*. Etudes et Documents, Série M, n° 14. Genève, 1937.

CASTELLANI (Dott. Maria). — *Sulla frequenza della Invalidità*. Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali.

COURCY (A. de). — *Précis de l'Assurance sur la Vie*. Warain, Paris, 1887.

DOH (A.-R.). — *La Complémentaire Invalidité au Congrès de Rome*. R. G. A. T., 1934.

DOH (A.-R.). — *Le Risque Invalidité dans les Contrats d'Assurance-Vie*. R. G. A. T., 1937, 2, 3, 4, 5 et 6.

DOH (A.-R.). — *L'Assurance-Vie et les Risques professionnels*. Moniteur des Assurances, nos 810, 811.

DUMAS (S.). — *L'incorporation dans les Contrats d'Assurance-Vie des Risques d'Invalidité* (VIII^e C. A.).

DUPUICH (P.). — *Rapport sur le Contrat d'Assurance*. Rousseau, Paris, 1907.

DUPUICH (P.). — *Traité de l'Assurance sur la Vie*. Larose, Paris, 1900.

ECKERT (H.). — *Invalidenrenten in Verbindung mit Lebensversicherungen*. (X^e C. A.).

ESTIENNY (Paul). — *Le Manuel Technique et Pratique de l'Assurance-Vie*. Argus, Paris, 1938.

FRUCHT (R.). — *L'Assicurazione addizionale dell' esenzione dal pagamento dei premi vita decrescenti in caso d'invalidità totale*. (X^e C. A.).

- GIRARD (J.). — *Eléments d'Assurance*. Paris, 1921.
- GODART (Justin) et PERRAUD-CHARMANTIER (André). — *Code des Assurances*. Marchal et Billard, Paris, 1937.
- GUNDY et CAMPBELL. — *Disability Insurance in Canada*. (X° C. A.).
- HAMON (Georges). — *Histoire Générale de l'Assurance en France et à l'Etranger*. Journal L'Assurance Moderne, 1897.
- HANSEN (A.). — *Disability benefits under ordinary life assurance plans*. (VIII° C. A.).
- HÉMARD (Joseph). — *Théorie et Pratique des Assurances Terrestres*. (Tome I et II) Recueil Sirey, Paris, 1924.
- HINTIKKA (E.). — *Disability benefits in life insurance contracts in Finland*. (VIII° C. A.).
- HUNTER (A.) et PHILLIPS (J.-T.). — *Disability benefits in Life Insurance policies*. Actuarial Society of America (N.-Y., 1932).
- HUNTER (A.). — *Disability benefits under Life Insurance contracts in the United States and Canada*. (VIII° C. A.).
- HUNTER (A.). — *Disability benefits. Recent developments in the U. S. A.* (X° C. A.).
- JACOB (M.). — *Sui metodi di approssimazione per il calcolo dei premi nelle assicurazione d'invalidità*. (X° C. A.).
- JOURNAUX :
- Annuaire Pratique Vie.*
- L'Argus.*
- L'Assurance-Vie.*
- Collection d'Etudes sur le Droit des Assurances*
 (Direction Maurice Picard).

Guide Adamowitz.

Journal des Assurances.

Le Moniteur des Assurances.

La Prime.

Recueil Périodique des Assurances.

Revue Générale des Assurances Terrestres (R. G. A. T.).

The Review.

The Spectator.

La Semaine.

Vie.

KALLAGER (Q.). — *The effect of accidents of all Kinds on the Mortality among insured lives. Supplementary Accident Insurance.* (X° C. A.).

KLEIN (A.-E.). — *L'Assurance Individuelle contre les Accidents. Thèse, Paris 1935* (Collection d'études sur le Droit des Assurances, Tome VII, 1935).

KÖPPLER (H.). — *Zur Invaliditäts Versicherung in Verbindung mit Lebensversicherung.*

LAIRD (J.-M.). — *Accident et Sickness Insurance in the U. S. A.* (IX° C. A.).

LANGE-NIELSEN (F.). — *Disability Benefits in Life Assurance Contracts* (VIII° C. A.).

LANGE-NIELSEN (Fr.). — *Statistical Experience regarding Waiver of Premium in case of Disability* (X° C.A.).

LEFORT (J.). — *L'Assurance sur la Vie*, Tome I et II. Marcel Rivière, Paris, 1920.

LÉVY. — *Cours de Législation des Assurances à l'Institut de Sciences Financières et d'Assurance de l'Université de Lyon.* Roche, Lyon, 1932.

LÉGISLATION GÉNÉRALE CONCERNANT LES SOCIÉTÉS D'ASSURANCES OPÉRANT EN FRANCE. Edition de La Semaine, 1938.

- LICHTENDORFF-CLAIRVILLE (D^r A.). — *L'Assurance Maladie privée et facultative concernant les Classes Moyennes et les Professions libérales*. Paris, 1937.
- LORRAIN (N.). — *Le Risque d'invalidité dans les Complémentaires-Vie*. *L'Assurance Moderne*, n° 1.197 et suivants.
- MANUEL PRATIQUE DES ASSURANCES SOCIALES (4^e Edition). Comité Central des Assurances Sociales, 1938.
- MANCEAU (B.-A.). — *Les Assurances Collectives dans les Entreprises privées*. *Revue politique*.
- MARAIS (H.). — *Revue Introductive sur le Sujet V au X^e Congrès des Actnaires*. Juin 1937.
- MARCHAND (E.). — *La Co-Assurance du Risque d'Invalidité dans les Contrats d'Assurance sur la Vie*. Bulletin trimestriel de l'Institut des Actnaires Français. Décembre 1930.
- MARTIN (F.-C.). — *The Effects of fatal accidents of all Kinds on the Mortality of Insured Lives. Supplementary accident Insurance* (X^e C. A.).
- MATTSSON (P.). — *Disability benefits in Life Insurance Contracts* (VIII^e C. A.).
- MORTALITY INVESTIGATION of The Post-Office Life Insurance for the fiscal years 1928-1931 (The). Bureau of the P. O. Life Insurance, Department of Communications. Tokyo (Japan).
- NEUHAUS (J.). — *Assurance Complémentaire Invalidité*. Zurich, 1936.
- NEUHAUS (J.). — *Formen und Bedingungen der Invaliditätszusatzversicherung* (X^e C. A.).
- OTTAVIANI (R.). — *L'Assurance Invalidité associée à l'Assurance sur la Vie* (VIII^e C. A.).
- OTTAVIANI (R.). — *Il concetto d'invalidità nel costo dell'assicurazione di una rendita di invalidità abbinata all'assicurazione sulla vita*.

- OUTLINES of *Post-Office Life Insurances and Post-Office Life Annuities in Japan*. Bureau of Post-Office Life Insurance. Tokyo, 1937.
- PALMQVIST (R.). — *L'influence des accidents de toute nature sur la mortalité des assurés sur la vie. L'Assurance Complémentaire contre les accidents* (X^e C. A.).
- PASQUIER (G. du). — *Introduction à la Science actuarielle*. Delachaux, Neuchâtel (Suisse).
- PATTERSON (E.-W.). — *Le droit des Assurances aux Etats-Unis en 1929-1930*. R. G. A. T. 1930, n^o 6.
- PEDER (A.). — *Disability benefits in connection with Life Insurance* (X^e C. A.).
- PERREAU (E.-H.). — *Assurances Terrestres et Maritimes*. Recueil Sirey, Paris, 1929.
- PERRET (E.). — *A propos de la Définition de l'invalidité*. Bulletin mensuel des Allocations Familiales et des Assurances Sociales.
- PICQUET (H.). — *Du tarif minimum et des réserves minima dans la Réglementation des Assurances sur la Vie*. Dulac, 1929.
- PLOEG (A.). — *Disability benefit in Life Insurance policies* (X^e C. A.).
- POTERAN DU MOTEL. — *Théorie des Assurances sur la Vie*. Paris, 1899.
- QUIQUER (A.). — *Rapport sur la Mortalité et la Morbidité dans les Sociétés de Secours mutuels*. Ministère du Travail et de la Prévoyance Sociale, 1931.
- RAYNES (H.-E.). — *Disability benefits in Life Insurance Contracts* (VIII^e C. A.).
- RADICS (P.). — *Les risques de Mortalité et de Morbidité dans leurs rapports avec l'Assurance et la Prévoyance Sociales*.

- RICHARD (P.-J.). — *Théorie mathématique des Assurances*, Tome II. Doin, 1922.
- RICHARD (P.-J.). — *Etude sur l'Assurance Complémentaire de l'Assurance-Vie*. Hermann, Paris, 1911.
- RIEDEL (L.). — *L'assicurazione addizionale d'invalidità abbinata all' assicurazione vita in Italia* (X^e C. A.).
- ROBERTSON (W.-A.). — *Disability benefits in Life Assurance Contracts* (VIII^e C. A.).
- ROUX (A.). — *Manuel Vie*.
- RISSER. — *L'Assurance Invalidité* (Cours professé au Conservatoire des Arts et Métiers).
- SERBONNES (G. de). — *Assurances sur la Vie*. Moniteur des Assurances, Tome XIII, n^{os} 149 et 150.
- SMOLENSKY (P.). — *Disability benefits in Life Assurance Contracts* (VIII^e C. A.).
- SUMIEN (P.). — *Etude sur l'Assurance Maladie*. R.G.A.T., Novembre-Décembre 1935.
- SUMIEN (P.). — *Traité théorique et pratique des Assurances Terrestres et des opérations de Capitalisation et d'Epargne*. 4^e Edition, Dalloz, 1937.
- SUMMARY of the ordinary Life Insurance business in Japan. The Institute of Actuaries of Japan, 1937.
- THOMASSIN (J.). — *Ce qu'il faut connaître de l'Assurance-Maladie*. R. G. A. T., 1936, n^o 2.
- THOMEREAU (A.). — *L'Assurance Complémentaire*. Moniteur des Assurances, Tome XVII, n^o 200.
- TRAITÉ COMPLET DE L'EXAMEN MÉDICAL DANS LES ASSURANCES SUR LA VIE. Warnier, Paris, 1887.
- URECH (A.). — *Sur les bases techniques de l'Assurance Collective*. Bulletin de l'Association des Actuaires Suisses. Berne, Octobre 1930.

- WATSON (A.). — *A statistical Review*. Journal of the Royal Statistical Society. Londres, 1927.
- WEBER (A.). — *Traité élémentaire des Sociétés de Capitalisation et d'Epargne*. Rivière, Paris, 1925.
- WILLIAMSON (W.-R.). — *L'Assurance-Groupe aux Etats-Unis*. R. G. A. T., 1934.
- WOLFER (E.). — *Invaliditätsversicherung in Verbindung mit Lebensversicherung* (VIII^e C. A.).

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

HISTORIQUE DE L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE DE 1880 A NOS JOURS.

<i>Chapitre premier.</i> — L'IDÉE INITIALE QUI A PRÉSIDÉ A L'ÉLABORATION DE L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE.....	1
Section I. — L'insuffisance du Contrat-Vie.....	1
Section II. — Les préoccupations du monde assureur à la fin du XIX ^e siècle.....	4
<i>Chapitre II.</i> — L'ÉLABORATION DE L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE	9
Section I. — Les premières initiatives.....	9
Section II. — Les conditions générales et les tarifs de la première Police Complémentaire.....	12
<i>Chapitre III.</i> — L'ÉVOLUTION DE LA FORMULE.....	15
Section I. — L'Avant-Guerre	15
Section II. — La Guerre et l'Après-Guerre.....	20
Section III. — Les décisions du Comité Consultatif des Assurances et les Congrès d'Actuaires	24

DEUXIÈME PARTIE

LES CARACTERISTIQUES DE L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE

<i>Chapitre premier.</i> — LA NATURE JURIDIQUE DE L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE	29
Section I. — Assurance-Vie et Assurance-Accidents.	30
Section II. — Le caractère hybride de l'Assurance Complémentaire	39

<i>Chapitre II. — LA COUVERTURE DE L'INVALIDITÉ.....</i>	47
Section I. — La nature de l'invalidité.....	48
1° Invalidité physique.	
2° Invalidité professionnelle.	
3° Incapacité générale de gain.	
4° Les conclusions du B. I. T.	
Section II. — L'assurance de l'invalidité.....	61
Section III. — Essai d'une définition équitable de l'invalidité appliquée à l'Assurance Complémentaire	68
Section IV. — Invalidité totale ou partielle. Invalidité permanente ou temporaire	74
Section V. — Les bases techniques de l'assurance-invalidité	77
Section VI. — La sélection	90
<i>Chapitre III. — L'EXAMEN MÉDICAL</i>	99
<i>Chapitre IV. — LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE</i>	115
Section I. — Le décès accidentel	116
Section II. — L'incapacité permanente et complète de travail	126
Section III. — L'incapacité temporaire complète..	135
Section IV. — L'incapacité partielle	138
Section V. — Les conditions générales de la police.	140
1° Déclarations-Modifications.	
2° Paiement des primes.	
3° Exclusions.	
4° Additions éventuelles.	
5° La participation aux bénéfices.	
<i>Chapitre V. — LES PRIMES ET LES RÉSERVES.....</i>	161
Section I. — Etude théorique	161
Section II. — La pratique des Compagnies françaises	177

TROISIÈME PARTIE

L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE
EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

<i>Chapitre I. — DIVERSES FORMES DE L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE DE L'ASSURANCE-VIE</i>	185
Section I. — Pays étrangers	185
Section II. — France	191

<i>Chapitre II. — L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE DE L'ASSU-</i>	
<i>RANCE DE GROUPE</i>	201
Section I. — Historique de l'Assurance-Groupe....	201
Section II. — Les prestations concernant l'invalidité	206
<i>Chapitre III. — APERÇU DE DROIT COMPARÉ.....</i>	215
Section I. — Etats-Unis	215
Section II. — Allemagne	231
Section III. — Suisse	225
Section IV. — Italie	226
Section V. — Angleterre	230
Section VI. — Canada	233
Section VII. — Hollande et Pays scandinaves (Suède, Norvège, Danemark, Finlande)	237
Section VII. — Japon	240
BIBLIOGRAPHIE	245
TABLE DES MATIÈRES	253

